

Seidel, Theresa

Soziales Kompetenztraining in der Institution
Krankenhaus

- Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit –

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2014

Seidel, Theresa

**Soziales Kompetenztraining in der Institution
Krankenhaus**

- Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit –

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2014

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Dr. phil. Michel C. Hille

Bibliographische Beschreibung und Referat

Bibliographische Beschreibung

Soziales Kompetenztraining in der Institution Krankenhaus - Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit –. 32 Seiten, Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2014

Referat

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Theorie der klinischen Sozialarbeit, speziell mit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Eine Therapie welche dort durchgeführt wird ist das Soziale Kompetenztraining. Dieses wird theoretisch beleuchtet und anhand einer Befragung und persönlichen Erfahrungen beschrieben, verdeutlicht und erörtert. Außerdem werden Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen genannt und beschrieben.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	1
2. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	3
2.1 <u>Institution Krankenhaus</u>	5
3. Stationäre Psychiatrie.....	7
3.1 <u>Fachbereiche</u>	8
3.2 <u>Typische Lebens- und Problemlagen der Patienten in der Psychiatrie</u>	10
4. Soziale Arbeit in der Psychiatrie.....	11
4.1. <u>Stellenwert der Sozialen Arbeit</u>	12
4.2. <u>Aufgaben und Ziele</u>	13
5. Soziales Kompetenztraining.....	14
5.1. <u>Soziales Kompetenztraining nach Hinsch und Pfingsten</u>	15
5.2. <u>Aufgaben und Ziele</u>	19
6. Bedeutung in der Praxis: Befragung	20
6.1. <u>Vorstellung und Auswertung</u>	21
6.2. <u>Soziales Kompetenztraining im Krankenhaus</u>	26
6.3. <u>Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit</u>	29
7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	31

1. Anlagen	II
1.1 <u>Abbildungsverzeichnis</u>	II
1.2 <u>Abbildungen</u>	III
1.3 <u>Der Fragebogen</u>	VI
1.4 <u>Fragebogen Auswertung</u>	X
2. Literaturverzeichnis	XXI
2.1 <u>Bücher</u>	XXI
2.2 <u>Internetquellen</u>	XXIII
3. Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit	XXIV

1. Vorwort

Durch verschiedene Praktika in den verschiedenen Bereichen der klinischen Sozialarbeit, habe ich unter anderem auch mit psychisch erkrankten Menschen zusammen gearbeitet. Durch die Arbeit auf einer offenen Station ¹ habe ich das Soziale Kompetenztraining kennengelernt. Aus diesem Grund entschloss ich mich, meine Bachelorarbeit über dieses Thema zu schreiben.

Diese Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil ist eine theoretische Auseinandersetzung. Zuerst wird, zum besseren Verständnis, noch einmal ganz kurz die Geschichte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen genannt. Im weiteren Verlauf wird die Institution Krankenhaus, als totale Institution beschrieben. Die stationäre Psychiatrie, Fachbereiche dieser und die typischen Lebens- und Problemlagen der PatientInnen, welche auf diesen Stationen behandelt werden, werden unter drittens ausführlich benannt und beschrieben. Im nächsten Punkt wird die Soziale Arbeit, die Anerkennung dieser und die Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie benannt und ausführlich beschrieben. Der fünfte Punkt beschäftigt sich mit dem Sozialen Kompetenztraining. Zuerst wird das Soziale Kompetenztraining nach Hinsch und Pfingsten erläutert. Im Anschluss daran werden Aufgaben und Ziele des Sozialen Kompetenztrainings dargestellt.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Sozialen Kompetenztraining auf einer offenen psychiatrischen Station. Im Rahmen eines Praktikums, habe ich an diesem teilgenommen und eine Befragung, in der Form eines Fragebogens, der MitarbeiterInnen durchgeführt. Diese soll in diesem Abschnitt erläutert und ausgewertet werden. Aufgrund der Erfahrung und der Auswertung des Fragebogens werde ich das Soziale Kompetenztraining in der Institution Krankenhaus beschreiben und die Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit daraus ableiten.

¹ Definition siehe unter 3.1, Seite 8

Im Anschluss werde ich Schlussfolgerungen, Visionen und Handlungsansätze anbringen, welche aus den Erfahrungen aus dem Praktikum resultieren.

Die Zielgruppe mit welcher sich die Arbeit beschäftigt sind Erwachsene Menschen ab dem 18. Lebensjahr, mit jeder Art von psychischer Erkrankung. Diese werden sowohl auf offenen als auch auf geschlossenen Stationen behandelt. Hierbei handelt es sich nicht um eine Langzeittherapie² sondern um eine Therapie nach einer Akutsituation. Die Psychiatrie ist an ein Akutkrankenhaus mit angegliedert.

Im Folgenden wird, zum besseren Lesefluss, die weibliche Form nicht ausgeschrieben. Es sind immer beide Geschlechter gemeint. Außer wenn eine konkrete Person beschrieben wird, wird diese entsprechend des Geschlechtes benannt.

Mit einem Zitat von Hinsch und Pfingsten, welches das Thema Soziale Kompetenzen, umschreibt beginnt diese Arbeit.

„Die psychische Gesundheit, Lebensqualität und Selbstverwirklichung von Menschen ist in vieler Hinsicht davon abhängig, inwieweit sie fähig sind, Kontakt zu ihren Mitmenschen aufzunehmen und soziale Interaktionen den eigenen Bedürfnissen und Zielen entsprechend mitzugestalten.“

(Hinsch, Pfingsten 2007, Seite 2).

² Langzeittherapie bedeutet dass die PatientInnen mehrere Monate in der Einrichtung zur Therapie sind. Meist werden sie dort auch in das Berufsleben reintegriert

2. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Im 19. Jahrhundert wurde Gesundheit immer mehr zu einem öffentlichen Wert und galt als „Metapher für Arbeitsfähigkeit der lohnabhängigen Bevölkerung“ (Homfeldt 2012, Seite 491). Durch die gesetzlichen Grundlagen, welche in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, geschaffen wurden, wurde dies noch einmal bestärkt. 1883 wurde die gesetzliche Krankenversicherung, 1889 die Alters- und Individualversicherung und 1884 die Unfallversicherung geschaffen.

Für die Soziale Arbeit bildeten, bis hin zum ersten Weltkrieg, die Hygiene und die Psychiatrie den praktischen Teil der Arbeit. Durch die Gründung einer ersten Fachschule für Soziale Arbeit wurde nach einem disziplinären Verständnis für diese gesucht. Das Ergebnis der Suche nach einem disziplinären Verständnis für Soziale Arbeit war „dass gesundheitliche Probleme immer auch als soziale Probleme im Kontext von Armut, Benachteiligung, Ausgrenzung angesiedelt sind.“(Homfeldt 2012, Seite 491).

Die Gesundheitspflege wurde immer öffentlicher und so entstand dann der Beruf der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Einrichtungen für gesundheitsbezogene Problemlagen, wie zum Beispiel Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Sexualberatung oder für psychisch Kranke, entstanden erst 1918.

Das Berufsfeld der Sozialarbeit im Krankenhaus hat sich seit dem immer mehr ausdifferenziert und widmet sich jetzt zum Beispiel der Arbeit mit chronisch Erkrankten, an Diabetes leidenden oder AIDS Erkrankten Menschen. Auch in Akutkrankenhäusern oder in Psychiatrischen Einrichtungen arbeiten Sozial Arbeiter.³

Das Gesundheitswesen besteht aus ambulanten, teilstationären und stationären Diensten. In jedem ist auch die Soziale Arbeit tätig.

³ Vergleiche: Hans Günther Homfeldt in „Grundriss Soziale Arbeit“ von Werner Thole 2012, Seiten 490 - 492

Aus diesem Grund sind die Aufgabenfelder von Sozial Arbeitern im Gesundheitswesen sehr umfassend.⁴ Die Aufgaben in den öffentlichen, ambulanten Gesundheitsdiensten sind sehr von den Kommunen abhängig. Zentrale Schwerpunkte sind aber beispielhaft gutachterliche Tätigkeiten, Medizinalaufsicht, Gesundheitsplanung und noch einige mehr.⁵

Für die Arbeit im teilstationären und stationären Setting hat sich ein Spezialbereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen herausgebildet, die Klinische Sozialarbeit. „Klinische Sozialarbeit operiert mit einem Person-in-der-Umwelt-Konzept, indem sie psychosoziale Beratung, Erschließung von Ressourcen, sozialwissenschaftliches Engagement, konkrete Entscheidungshilfen, Hilfen bei Ämtern, Angehörigenarbeit betreibt,“ (Homfeldt 2012, Seite 494) .

Das heißt, die Mitarbeiter in der klinische Sozialarbeit sollten nach mit dem lebensweltlich orientierten Ansatz nach Thiersch arbeiten.⁶⁷

Durch die institutionelle Gebundenheit ist dies leider nicht immer möglich. Das Krankenhaus als Institution wird im nächsten Abschnitt noch einmal näher erläutert.

⁴ Vergleiche: Hans Günther Homfeldt in „Grundriss Soziale Arbeit“ von Werner Thole 2012, Seite 489

⁵ Vergleiche: Hans Günther Homfeldt in „Grundriss Soziale Arbeit“ von Werner Thole 2012, Seite 492

⁶ Vergleiche: Hans Thiersch, Klaus Grunwald, Stefan Köngeter 2012 in „Grundriss Soziale Arbeit“ von Werner Thole 2012, Seiten 175 - 196

⁷ Vergleiche: Hans Günther Homfeldt in „Grundriss Soziale Arbeit“ von Werner Thole 2012, Seiten 492 - 494

2.1 Institution Krankenhaus

Ein Krankenhaus ist eine „Einrichtung, in der durch jederzeit verfügbare ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen durch Unfallschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in der die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden. Die medizinisch-technische Ausstattung ist an den Bedarf der Patienten anzupassen. Krankenhäuser sind Leistungserbringer der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens.“ (Prof. Dr. Martin Werding: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/krankenhaus.html>, verfügbar am 05.11.2014).

Für den Begriff der Institutionen gibt es keine allgemeingültige Definition. Im nachfolgenden ist ein Beispiel einer Definition aufgeführt: „Institutionen beeinflussen, entsprechend dem ökonomischen Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens (G.S. Becker), als Restriktionen die Handlungen von Menschen.“ (Prof. Dr. Dirk Sauerland: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/institution.html>, verfügbar am 05.11.2014).

Wenn man die beiden Begriffe, welche eben definiert wurden, nun zusammen nimmt bedeutet dies also dass ein Krankenhaus eine Einrichtung ist, in welcher medizinische und pflegerische Hilfeleistungen angeboten werden. Während des Prozesses der Heilung ist man in dieser Einrichtung untergebracht und sie beeinflusst das Handeln jedes einzelnen Patienten. Dies klingt ganz schön hart und man hat das Gefühl das die Patienten keinerlei Freiheit in dieser Einrichtung haben. Auch Erving Goffman hat dies in seinem Buch „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ aufgefasst und diskutiert. Er beschreibt die totale Institution wie folgt: „Jede Institution nimmt einen Teil der Zeit und der Interessen ihrer Mitglieder in Anspruch und stellt für sie eine Art Welt für sich dar; kurz, alle Institutionen sind tendenziell allumfassend.“ (Goffman 1973, Seite 15) .

Des Weiteren zergliedert er die totalen Institutionen in fünf Gruppen. Eine dieser Gruppen sind die „Tuberkulose- Sanatorien, Irrenhäuser und Leprosorien“ (Goffman 1973, Seite 16). Diese wurden eingerichtet für Personen welche angeblich nicht für sich selbst Sorge tragen können und welche ungewollt eine Bedrohung für die Gesellschaft darstellten. Weiterhin beschreibt er dass die „Insassen“ (Goffman 1973) von totalen Institutionen nicht mehr nach der sozialen Ordnung leben können.

Das heißt ein Mensch arbeitet, schläft und spielt an verschiedenen Orten mit verschiedenen Partnern, unter verschiedenen Autoritäten. Dies ist in einer totalen Institution nicht mehr der Fall. In dieser müssen die Insassen alles in Gruppenarbeit erledigen und dies alles unter der Aufsicht einer Autorität. ⁸ Weiterhin beschreibt er auch dass die Patienten in einer psychiatrischen Einrichtung keine eigene Persönlichkeit mehr haben. Denn dieses wird systematisch verkleinert und gedemütigt. ⁹

In der heutigen Zeit ist es nicht mehr ganz so schlimm in einer totalen Institution, wie zum Beispiel in einem Krankenhaus. Die Patienten sind für eine gewisse Zeit dennoch in dieser Einrichtung untergebracht, das heißt sie schlafen und essen dort und auch die Therapien erfolgen meist in der Gruppe unter der Leitung einer Person. Aber die Patienten haben meist die Möglichkeit selbst darüber zu entscheiden ob sie sich in Behandlung begeben und auch wie lang die Behandlung andauern soll. Außer den Gruppentherapien gibt es auch die Möglichkeit von Einzeltherapien und Einzelgesprächen. Sowohl in den Gruppentherapien als auch in den Einzeltherapien sollen die Patienten in ihrer Persönlichkeit bestärkt werden und das Selbstbewusstsein und das Selbstvertrauen soll wieder aufgebaut werden.

Trotz der Besserung sind die Mitarbeiter und auch die Patienten in totalen Institutionen noch an viele Gegebenheiten gebunden. Zum Beispiel sind die Essenszeiten festgesetzt und wenn diese nicht eingehalten werden dann gibt es eben nichts mehr.

⁸ Vergleiche: Goffman 1973, Seiten 17 - 18

⁹ Vergleiche: Goffman 1973, Seiten 24 ff.

Ebenso sind die Mitarbeiter an Abrechnungssysteme gebunden, das heißt alle Therapien sind in Therapieeinheiten ¹⁰ eingeteilt, da diese abgerechnet werden können und die Einrichtung dafür dann das Geld bekommt. Da auch die Besuchszeit festgelegt ist, sind die Patienten hier in ihrer Freiheit und auch in der Möglichkeit der Kommunikation, doch wieder beschränkt.

Totale Institutionen haben sich zu Früher um einiges gewandelt, jedoch schreiben sie sowohl den Patienten als auch den Mitarbeitern sehr viel vor und beschränken sie somit immer noch sehr in ihrer Freiheit, gerade auch in psychiatrischen Einrichtungen.

3. Stationäre Psychiatrie

Margret Dörr zergliedert den Begriff Psychiatrie in drei Teile, um diesen umfassend zu definieren. Als erstes beschreibt sie die Psychiatrie als „Disziplin und Profession der Medizin“ (Dörr 2005, Seite 12). Hierbei befasst sich die Psychiatrie mit Diagnosen, Präventionen und Interventionen mentaler Krankheiten und mit der Erforschung dieser.

Im zweiten bezeichnet sie die Psychiatrie als einen „konkreten sozialen Ort“ (Dörr 2005, Seite 12). Damit meint sie die Krankenhäuser, Landeskrankenhäuser und Hospitäler. Hier werden die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Forschung an den Patienten angewendet.

Zum Dritten beschreibt Margret Dörr die „Psychiatrie als eine soziale Institution“ (Dörr 2005, Seite 13). Damit meint sie, dass Psychiatrien gesellschaftliche Ordnungsmuster sind und diese sind entstanden als Antwort auf die verschiedensten sozialen Fragen. ¹¹

¹⁰ Eine Therapieeinheit entspricht 25 Minuten (<http://www.psychiatrie-entgelt.de/2013/08/21/ops-vorabversion-2014/>, verfügbar am 06.11.2014)

¹¹ Vergleiche: Dörr 2005, Seiten 11 - 13

Psychiatrie ist also ein sozialer Ort an welchem verschiedenste soziale Probleme diagnostiziert, erforscht und behandelt werden. Dieser Ort unterliegt institutionellen Begebenheiten und Gebundenheiten.

3.1 Fachbereiche

In der Psychiatrie gibt es verschiedene Fachbereiche. Diese werden in diesem Abschnitt kurz erläutert. In Bezug auf das Thema dieser Arbeit wird im Folgenden die Allgemeinpsychiatrie von großer Wichtigkeit sein. Die anderen Fachbereiche spielen in Bezug auf dieses Thema keine weitere Rolle. Sie werden der Vollständigkeit wegen kurz mit genannt.

Die Fachbereiche in der Psychiatrie lassen sich in drei Oberbereiche untergliedern. Es gibt stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsmöglichkeiten.

Stationäre Psychiatrien sind an Akutkliniken, Landeskrankenhäuser und Langzeitrehabilitationen angegliedert. Sie umfassen die Allgemeinpsychiatrie, die forensische Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, und die Psychiatrie für Abhängigkeitserkrankungen, den sogenannten Suchtbereich.

Die Allgemeinpsychiatrie behandelt Patienten ab dem 18. Lebensjahr. Meist verfügt sie über zwei Arten von Stationen, offene und geschlossenen- geschützte Stationen. Die offenen Stationen sind für Patienten die sich an Absprachen und Regeln halten können und die für sich selbst Verantwortung übernehmen. Die geschlossenen- geschützten Stationen sind für Patienten welche psychisch instabil sind und für sich und andere eine Gefahr darstellen könnten.

In dem Fachbereich der Allgemeinpsychiatrie werden jegliche psychiatrischen Erkrankungen behandelt.¹²

Die forensische Psychiatrie befasst sich mit psychisch Kranken Gesetzesbrechern und Straftätern.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst sich mit der Prävention, der Diagnostik, der Behandlung und Rehabilitation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Sie dient der gesunden Entwicklung der Persönlichkeit und der sozialen Integration.¹³

Die Psychiatrie für suchterkrankte Patienten behandelt alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr, welche an stoffgebundenen oder nicht stoffgebundenen Erkrankungen leiden. Die Behandlung in diesem Fachbereich basiert auf einer Entzugs- und Entgiftungsbehandlung.¹⁴

Die Zuordnung zu den jeweiligen Fachbereichen geschieht auf Grund der Erkrankung und des Alters der Patienten.

Teilstationäre psychiatrische Versorgungen sind Tageskliniken und Nachtkliniken. Diese sind oftmals auch an Akutkrankenhäuser oder Landeskrankenhäuser mit angegliedert.

In den Tageskliniken sind Patienten welche die Akutphase ihrer Erkrankung überwunden haben und am Wochenende und nachts über zu Hause bleiben können. Tags über erfolgen Behandlungen welche auf die Erhaltung der gewohnten Lebensbezüge, Wiedereingliederung in die Berufs- und Lebenswelt und die Krisenintervention mit präventivem Charakter abzielen.

¹² Vergleiche: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=593>, verfügbar am 23.10.2014

¹³ Vergleiche: http://www.skh-rodewisch.sachsen.de/medizinische_einrichtungen/kliniken/, verfügbar am 23.10.2014

¹⁴ Vergleiche: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=593>, verfügbar am 23.10.2014

Außer der Therapie mit Medikamenten erfolgt Psychotherapie, Arbeitstherapie, Gruppentherapie und Soziotherapie.

Die Nachtkliniken behandeln vor allem Patienten welche nicht in die Tagesklinik gehen können, da sie im Reintegrationsprozess ins Arbeitsleben stehen. Diese Form von teilstationärer Versorgung ist jedoch rückläufig. ¹⁵

Die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen sind weit gefächert. Sie reichen über ambulante Betreuung durch Fachärzte, Psychologen und Psychotherapeuten bis hin zum ambulant betreuten Wohnen und verschiedenen ambulanten Therapien. Die Therapien können durch die Ärzte verschrieben werden und werden dann durch die Krankenkassen für einen festgelegten Zeitraum bewilligt. Das ambulant betreute Wohnen bedeutet dass speziell ausgebildete Fachkräfte die Patienten in der Häuslichkeit besuchen und Hilfe und Unterstützung lebensweltorientiert leisten. ¹⁶

3.2 Typische Lebens- und Problemlagen der Patienten in der Psychiatrie

In diesem Abschnitt werden typische Lebens- und Problemlagen der Patienten dargestellt. Hierbei wird sich nur auf Patienten bezogen welche in einer allgemeinen Psychiatrie ¹⁷ behandelt werden da diese in dieser Arbeit von großer Wichtigkeit sind.

¹⁵ Vergleiche: Margret Dörr 2005, Seiten 34 – 36

¹⁶ Vergleiche: Margret Dörr 2005, Seite 36

¹⁷ Vergleiche: 3.1 Seiten 8-9

Aufgrund der diagnostizierten Erkrankung haben die Patienten oftmals Probleme ihren Alltag zu strukturieren. Immer wieder erleben die Patienten Zeitprobleme welche dann auch weiterführende Probleme mit sich bringen.

Auf Grund dieses Erlebens festigt sich in den Köpfen der Patienten, das sie es nicht schaffen Termine rechtzeitig wahrzunehmen, immer zu spät kommen und deswegen dann in noch größere Problemlagen kommen.

Dies festigt sich immer mehr in den Patienten und führt Schluss endlich meist zu vermeidendem Verhalten.¹⁸ Weiterhin spielen Überforderungssituationen in Familien- und Arbeitsumfeld und im Freundeskreis eine große Rolle. Einige Patienten haben auch Probleme beim Verarbeiten von Extremsituationen und belastenden Situationen. Aggressives und gewaltbereites Handeln führt auch oftmals zu einer Aufnahme auf eine Psychiatrische Station da dieses meist auch Fremd- und Eigengefährdung mit sich bringt. Diagnosen welche in allgemeinen Psychiatrien behandelt werden sind unter anderem auch: Schizophrenie, Depression, Psychosen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen, Ängste und Zwänge.¹⁹

4. Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie gehört zu dem großen Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit. Dieses ist wiederum aus der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen entstanden.²⁰

Sozialarbeiter in der klinischen Sozialarbeit müssen meist mit Multiproblemlagen zurechtkommen. Oftmals brauchen die Patienten nicht nur bei einer Sache Hilfe sondern bei mehreren zugleich.

¹⁸ Siehe auch unter 5. Erklärungsmodell nach Hinsch und Pfingsten

²⁰ Vergleiche: 2. Seiten 3-4

Aus diesem Grund müssen die Mitarbeiter in der klinischen Sozialarbeit auf eine breite Wissensgrundlage zurückgreifen.

Sie müssen ihr Wissen und ihre Erfahrungen über soziale Problemlagen mit einbringen und Grenzen und Möglichkeiten der sozialen Sicherung aufweisen und in die Behandlung mit einfließen lassen.

Kernkompetenzen der Sozialarbeiter im Krankenhaus sind die soziale Unterstützung, die Arbeit im sozialen Umfeld, die Beratung und die Gruppenarbeit.

Diese werden mit dem Wissen und den Erfahrungen aus den anderen Professionen kombiniert.²¹

4.1. Stellenwert der Sozialen Arbeit

In den vergangenen Jahren hat sich die Arbeit im Gesundheitswesen immer mehr etabliert, unter anderem auch die Soziale Arbeit. 2012 waren circa 25 % aller Sozialarbeiter im Gesundheitswesen beschäftigt.²²

Mittlerweile kann man auch immer mehr über die Soziale Arbeit im Krankenhaus in der Literatur lesen. Da dies früher nicht der Fall war, wurde der Eindruck geweckt, dass das Handeln im Krankenhaus eine reine ärztliche Angelegenheit ist. Die Soziale Arbeit wird aber immer mehr in Entscheidungen mit eingebunden und die professionelle Meinung von Sozialarbeitern im Krankenhaus gewinnt immer mehr an Bedeutung.

²¹ Vergleiche: Ansen, Gödecker- Geenen, Nau 2004, Seiten 18 - 20

²² Vergleiche: Homfeldt 2012, Seite 489

Immer mehr werden die Sozialarbeiter auch in multiprofessionelle Teams aufgenommen und dort wertgeschätzt. Erweiterungen, Erneuerungen und Überarbeitungen von Gesetzen zeigen auch auf, dass der Stellenwert der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und auch in der Psychiatrie immer weiter zunimmt.^{23 24}

4.2. Aufgaben und Ziele

Die klinische Sozialarbeit ist dafür zuständig den Hilfebedarf des Patienten zu ermitteln, eventuelle Ressourcen aufzudecken, Maßnahmen entsprechend der Möglichkeiten des Patienten zu beantragen und zu koordinieren. Außerdem sollen sie die Patienten motivieren und die Überleitung nach dem Krankenhausaufenthalt organisieren und abklären. Hilfe zur Selbsthilfe und Lebensweltorientierung spielen dabei eine große Rolle.²⁵

Sozialarbeiter müssen mit komplexen Problemlagen zurechtkommen, diese analysieren und eine Voraussetzung für einen Hilfeplan oder ähnliches schaffen. Um umfassend Hilfe zu leisten müssen sie ressourcenorientiert arbeiten. Das heißt das Einbinden des sozialen Umfeldes und der Kompetenzen des Patienten ist besonders wichtig. Die Geschlechterrolle und Geschlechteridentität spielt bei der Hilfeleistung eine sehr große Rolle, da unterschiedliche Belastungen und Bedürfnisse von den verschiedenen Rollen ausgehen.²⁶ Die Ziele welche aus den Aufgaben resultieren sind zum einen die Wiederherstellung der Autonomie des Patienten und die Hilfe zur Selbsthilfe. Außerdem helfen die Sozialarbeiter bei den Überleitungen nach dem Krankenhausaufenthalt zum Beispiel in eine Pflegeeinrichtung, zur Rehabilitation oder Langzeittherapie.

²³ Vergleiche: Dörr 2005, Seiten 113 – 122, 146 - 148

²⁴ Vergleiche: Cornelia Füssenhäuser in „Grundriss Soziale Arbeit“ von Werner Thole 2012, Seiten 489 - 490

²⁵ Vergleiche: Ansen, Gödecker- Geenen, Nau 2004, Seiten 128 - 129

²⁶ Vergleiche: Dörr 2005, Seiten 93 - 94

Beim Ausfüllen der dafür benötigten Anträge und bei der Erledigung der bürokratischen Angelegenheiten helfen die Sozialarbeiter auch. Krisenintervention, Beratungen und Mitarbeit bei den Therapien zählen ebenso zu den Aufgaben und Zielen der klinischen Sozialarbeit.²⁷

5. Soziales Kompetenztraining

Um nachvollziehen zu können was soziales Kompetenztraining ist, muss zuerst der Begriff „Soziale Kompetenz“ geklärt werden.

Hinsch und Pfingsten definieren in ihrem Buch „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ soziale Kompetenz wie folgt: „Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“ (zitiert nach Hinsch und Pfingsten 2007, Seite 4)

Diese Definition besagt, dass die Handelnden verschiedene Verhaltensweisen beherrschen müssen um ihre persönlichen Ziele und Bedürfnisse verwirklichen zu können. Es reicht jedoch nicht nur das Beherrschen der Verhaltensweisen, sondern die Handelnden müssen diese auch anwenden können. Sowohl kognitive als auch emotionale und motorische Verhaltensweisen sollte der Handelnde im Zusammenhang anwenden können.

Kognitive Verhaltensweisen sind nicht beobachtbar. Diese Verhaltensweise beschreibt den Prozess der Wahrnehmung und Interpretation von Situationen.

²⁷ Vergleiche: Dörr 2005, Seite 34

Nachdem eine Situation vom Handelnden wahrgenommen und interpretiert wurde, folgt die Äußerung von Gefühlen. Dies ist die emotionale Verhaltensweise. Sie ist, im Gegensatz zur kognitiven Verhaltensweise, beobachtbar.

Auf die emotionale Verhaltensweise folgt die motorische Verhaltensweise. Das heißt, hier entscheidet sich der Handelnde für eine Reaktion auf die gerade eben wahrgenommene und interpretierte Situation. Dies geschieht jedoch innerhalb weniger Sekunden. Die motorische Verhaltensweise hat dann wieder Einfluss auf die kognitive Verhaltensweise.

Anhand des Erklärungsmodells von Ulrich Pfingsten ist dies auch sehr gut ersichtlich.²⁸

Anhand der Definition von sozialen Kompetenzen lässt sich nun das Soziale Kompetenztraining sehr gut erklären.

5.1. Soziales Kompetenztraining nach Hinsch und Pfingsten

Soziales Kompetenztraining ist also das Trainieren und Üben von motorischen, emotionalen und kognitiven Verhaltensweisen. Diese werden aber nicht nur theoretisch gelehrt sondern auch in Rollenspielen geübt. Dies geschieht anhand von drei Situationstypen. Das Durchsetzen von eigenen Interessen, das angemessene Vertreten eigener Wünsche und Bedürfnisse im Umgang mit Freunden, Bekannten und Partnern und das Werben von Sympathie, das „sympathisch sein“, gegenüber Fremden, das sind die drei Situationstypen welche sich durch das ganze Training hindurch ziehen.

Hinsch und Pfingsten haben ein Konzept für ein Soziales Kompetenztraining entwickelt was insgesamt acht Sitzungen umfasst.

²⁸ Siehe Anhang Abbildung 1 Seite III

Eine Sitzung ist circa 150 bis 180 Minuten lang und findet einmal in der Woche statt.

Die Teilnehmerzahl ist auf acht bis zehn Personen festgelegt und diese werden von zwei Trainern begleitet. In den Sitzungen in welchen ein Rollenspiel absolviert wird, werden zwei Räume benötigt.

In den Sitzungen in welchen Theorie gelehrt wird reicht ein Raum aus. Zwingend notwendig sind in jeder Sitzung verschiedenen Materialien. Ein Flipchart, das passende Papier und die passenden Stifte, eine Videokamera und die passenden Arbeitsmaterialien sind von besonderer Wichtigkeit.

Die erste Veranstaltung ist die Einführungsveranstaltung. In dieser stellen sich die Trainer den Teilnehmern vor. Außerdem erläutern sie das Konzept und die Ziele des sozialen Kompetenztrainings. Im weiteren Verlauf dieser Sitzung werden die Regeln des Trainings erläutert und Fragen der Teilnehmer beantwortet. Des Weiteren wird den Teilnehmern erläutert bei welchen Problemen das Soziale Kompetenztraining Hilfe bietet. Dies wird anhand von den drei Situationstypen²⁹ erläutert. Außerdem können die Teilnehmer nach der ersten Sitzung selbst entscheiden ob sie an dem Training weiter teilnehmen oder nicht. Mit den Teilnehmern die weiterhin am Training teilnehmen wird zum Schluss der ersten Veranstaltung dann noch ein Vortest durchgeführt.³⁰

In der zweiten Veranstaltung wird der Schwerpunkt auf das Erklärungsmodell³¹ nach Hinsch und Pfingsten gelegt. Zuerst jedoch findet ein Warming- Up statt. In diesem müssen sich die Teilnehmer zu Gruppen zusammen finden und sich gegenseitig vorstellen. Als nächstes wird dann das Erklärungsmodell vorgestellt und erklärt. Anhand von kleinen Gruppenübungen im Anschluss wird überprüft ob die Teilnehmer dieses Modell verstanden haben.³²

²⁹ Vergleiche 5. Seiten 14-15

³⁰ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 132 - 136

³¹ Vergleiche Anhang Abbildung 1, Seite

³² Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 137 - 146

In der dritten Sitzung werden die Kriterien für unsicheres, sicheres und aggressives Verhalten³³ besprochen. Im Anschluss folgt das erste Rollenspiel in welchem die Kriterien für sicheres Verhalten geübt werden. Die anschließende Auswertung und das Videofeedback³⁴ vermitteln den Teilnehmern einen Eindruck über ihr Auftreten und Verhalten in der durchgespielten Situation.³⁵

Die nächste Sitzung beinhaltet das Thema Selbstverbalisation. Dieses wird anhand von Filmen den Teilnehmern näher gebracht. Im Anschluss daran müssen sich die Teilnehmer mit jeweils einem Partner zusammenfinden, welchem sie mindestens zwei positive Eigenschaften über sich erzählen müssen.³⁶

In der nächsten Sitzung wird das Thema sicheres Verhalten in Beziehungen besprochen. Dieses Thema gehört zu einem neuen Situationstyp, nämlich zu dem angemessenen Vertreten eigener Wünsche und Bedürfnisse im Umgang mit Freunden, Bekannten und Partnern. Hier geht es darum Gefühle zu entdecken, diese zu benennen und sie auch zeigen zu können.³⁷

In der darauf folgenden Sitzung wird die das Thema sicheres Verhalten in Beziehungen anhand von einem Rollenspiel geübt. Auch dieses wird wieder mit Videofeedback ausgewertet.³⁸

Die siebte Sitzung handelt wieder von einem neuen Situationstyp. Hier geht es um das Sympathie werben. In dieser Sitzung wird zusammen mit den Teilnehmern herausgearbeitet wie ich auf andere sympathisch wirken kann und welche Verstärkungsmöglichkeiten es dafür gibt. Anhand eines Rollenspiels wird dies auch noch einmal geübt. Danach wird das Rollenspiel mit Videofeedback wieder ausgewertet.³⁹

³³ Vergleiche Anhang Abbildung 2, Seite III

³⁴ Videofeedback bedeutet die Teilnehmer werden während des Rollenspiels gefilmt damit diese einen Eindruck von ihrem Auftreten bekommen

³⁵ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 147 – 158

³⁶ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 159 - 162

³⁷ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 163 - 171

³⁸ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 172 - 173

³⁹ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 173 - 181

In der achten und letzten Sitzung wird alles Gelernte und Geübte noch einmal zusammengefasst. Abschließend werden dann die Machtverhältnisse⁴⁰ in den verschiedenen Situationstypen ausführlich besprochen. Am Ende können die Teilnehmer noch persönliche Situation mit einbringen. Diese werden dann in der Gruppe diskutiert und eventuell auch durchgespielt.

Genau wie ganz am Anfang wird auch in der letzten Sitzung nochmal ein Test mit den Teilnehmern durchgeführt, der sogenannte Posttest.⁴¹

Von der zweiten bis zur achten Sitzung werden immer Hausaufgaben den Teilnehmern aufgegeben. Diese werden dann am Anfang der darauf folgenden Sitzungen besprochen. Eine Entspannungsübung ist ebenfalls Bestandteil jeder Sitzung. Hinsch und Pfingsten führen als Entspannungsübung die Muskelentspannung nach Jacobson durch.

Dieses Konzept für ein Soziales Kompetenztraining kann natürlich nicht genauso für jede Teilnehmergruppe übernommen werden. Es kommt immer auf die Teilnehmer und auch auf die Trainer an. Aufgrund von verschiedenen Krankheitsbildern oder Intensionen warum am sozialen Kompetenztraining teilgenommen wird, muss dieses auf die jeweiligen Teilnehmer angepasst werden. Auch jeder Trainer hat andere Vorlieben, Vorstellungen und Ideen wie man ein soziales Kompetenztraining umsetzen kann.

Auf Grund von Institutioneller Gebundenheit kann das soziale Kompetenztraining in der Psychiatrie nicht so durchgeführt werden wie Hinsch und Pfingsten es aufgeschrieben und erarbeitet haben.⁴²

⁴⁰ Vergleiche : Abbildung 5, Seite V

⁴¹ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 182 - 185

⁴² Diese Gegebenheit wird unter 6.2 genauer erläutert

5.2. Aufgaben und Ziele

Diplom Psychologin Frau Dr. Simone Wittmann hat sich auch sehr ausführlich mit dem sozialen Kompetenztraining beschäftigt. Sie definiert die Aufgabe des sozialen Kompetenztrainings wie folgt: „Vermittlung sozialer Kompetenzen, mit deren Hilfe Klienten in verschiedenartigen Situationen ihre Ziele in optimaler Weise verwirklichen können.“ (Hinsch, Pfingsten 2007, Seite 7).

Eine weitere Aufgabe ist die Vermittlung von Selbst- und Handlungsregulationen. Da aber nicht nur die Vermittlung eine große Rolle spielt, sondern auch das Üben des Erlernten, ist ein Ziel des sozialen Kompetenztrainings die Verbesserung von Verhaltensmustern in Bezug auf die Bewältigung sozialer Alltagssituationen. Die „Verwirklichung aller persönlichen Ziele und Bedürfnisse von Menschen, die Interaktion mit anderen voraussetzen.“ (Pfingsten in Margraf, Schneider 2009, Seite 594) ist ein weiteres Ziel welches Ulrich Pfingsten definiert hat. Durch das Training soll erreicht werden das die Teilnehmer lernen soziale Situationen besser einschätzen zu können.⁴³ Durch die Rollenspiele, welche mit der Videokamera aufgenommen werden und das anschließende Feedback haben die Teilnehmer die Chance sich einmal selbst zu beobachten und ihre Verhaltensweisen zu sehen. Da die Rollenspiele immer vor den anderen Teilnehmern durchgespielt werden, haben die Teilnehmer auch die Chance Verhaltensweisen anderer zu beobachten, die anderen dafür zu loben oder auch zu kritisieren. Somit werden die Verhaltensweisen auch gleich trainiert und ausprobiert. Die Trainer geben dabei Anregungen für sozial kompetentes Verhalten.⁴⁴

Man kann sagen, dass die Aufgabe eines sozialen Kompetenztrainings ist, den Teilnehmern sowohl mit Theorie als auch mit praktischen Übungen sozial kompetentes Verhalten zu zeigen und zu lehren.

⁴³ Vergleiche: Margraf, Schneider 2009, Seite 594

⁴⁴ Vergleiche: <http://www.pi.uni-tuebingen.de/psychotherapeutische-ambulanz/angebote-fuer-erwachsene/soziales-kompetenztraining/ziele.html>, verfügbar am 29.10.2014

Die Ziele die daraus resultieren sind, dass die Teilnehmer verstehen was sozial kompetentes Verhalten ist und das sie dieses Erlernen und in ihren Alltag integrieren und dort anwenden können, um ihre eigenen Interessen, Ziele und Wünsche zu vertreten und zu verwirklichen.

6. Bedeutung in der Praxis: Befragung

Im Rahmen eines Praktikums in einer psychiatrischen Akuteinrichtung habe ich an dem Sozialen Kompetenztraining mit teilgenommen. Ziel dieses Praktikums war es, herauszuarbeiten, was die Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit im Sozialen Kompetenztraining sind.

Die Patienten welche am Sozialen Kompetenztraining teilgenommen haben, wurden sowohl auf einer offenen Station als auch auf einer geschlossenen Station behandelt. Sie wurden, auf Grund ihres persönlichen Anliegens und der schon vorhandenen sozialen und persönlichen Kompetenzen, in zwei Gruppen aufgeteilt welche dann zu unterschiedlichen Zeiten Soziales Kompetenztraining hatten. Die Gruppen hatten aber nicht nur im Sozialen Kompetenztraining bestand, sondern sie waren Therapiegruppen welche zu jeglichen Gruppentherapien bestand hatten.

6.1. Vorstellung und Auswertung

In diesem Praktikum habe ich eine schriftliche Befragung ⁴⁵ durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, herauszufinden in wie weit das Soziale Kompetenztraining im Krankenhaus genutzt wird, wie der Wissensstand über das Soziale Kompetenztraining ist und welche Berufsgruppen das Soziale Kompetenztraining anordnen und durchführen sollten. Außerdem wollte ich herausfinden welche Krankheitsbilder, Diagnosen, besonders für das Soziale Kompetenztraining geeignet sind und welche nicht. ⁴⁶ Bei der Befragung bin ich unter anderem an meine Grenzen gestoßen.

Meine Idee war es alle Mitarbeiter egal ob Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Küchenpersonal, Reinigungskräfte oder andere Professionen zu befragen.

Jedoch waren leider nur die direkten Mitarbeiter der Stationen zugänglich für die Befragung. Die Mitarbeiter welche nicht dauerhaft auf den Stationen arbeiteten, wie zum Beispiel die Reinigungskräfte, die Physio- und Ergotherapeuten oder auch das Küchenpersonal waren nicht bereit, diesen Fragebogen auszufüllen. Nach mehrfachem Nachfragen habe ich aber auch keine direkte Antwort darauf bekommen warum sie nicht dazu bereit waren.

Insgesamt haben 26 Personen an der Befragung teilgenommen. Darunter haben 2 Sozial Arbeiter, 14 Krankenschwestern und Krankenpfleger, 4 Psychologen und 5 Ärzte den Fragebogen ausgefüllt. Dies bedeutet das alle Psychologen und Sozial Arbeiter an der Befragung teilgenommen haben. 3 Ärzte waren Krank und im Urlaub und haben aus diesem Grund nicht an der Befragung teilgenommen. Das gleiche gilt auch für die Krankenschwestern und Krankenpfleger.

⁴⁵ Definition schriftliche Befragung: „Von einer schriftlichen Befragung soll immer dann gesprochen, wenn der Fragebogen von der jeweiligen Zielperson selbst (schriftlich) ausgefüllt wird.“ (Michael Hände 2010, Seite 237)

⁴⁶ Der gesamte Fragebogen ist im Anhang ersichtlich Seiten VI - IX

Hier haben 4 Personen krankheitsbedingt und urlaubsbedingt nicht an der Befragung teilgenommen.

Im Folgenden möchte ich nun einzelne Fragen des Fragebogens vorstellen und im Anschluss daran diese auswerten.

Die erste und zweite Frage bezogen sich auf die Abfrage von Definitionen von sozialen Kompetenzen und von dem Sozialen Kompetenztraining. Hierbei sollten die Teilnehmer jeweils aus drei Vorschlägen einen auswählen der am besten als Definition passt. ⁴⁷ Schon bei der ersten Frage: „Welche Definition von „sozialen Kompetenzen“ trifft am ehesten für Sie zu?“, gab es Unstimmigkeiten.

Die Mehrheit entschied sich für Definition Nummer 3: „ . . . Soziale Fertigkeiten wie Kontaktfähigkeit, sich abgrenzen können, auf Kritik reagieren, seine Rechte in Anspruch nehmen, seine Gefühle offen zeigen, Widerspruch äußern, . . .“(H.- J. Weber 2003). Aber auch die anderen zwei Definitionen trafen auf Zustimmung.

Die Uneinigkeit der Befragten zeigt, dass der Begriff soziale Kompetenz sehr schwer zu definieren ist. Alle drei Definitionen beinhalten aber die kognitiven, motorischen und emotionalen Verhaltensweisen, welche für soziale Kompetenzen von großer Wichtigkeit sind. ⁴⁸

Die zweite Frage beschäftigt sich mit der Definition des sozialen Kompetenztrainings. Die ersten zwei Definitionen ähneln sich sehr und diese beiden Definitionen wurden auch von der Mehrheit der Befragten gewählt. In beiden Definitionen kann man lesen, dass sowohl die Vermittlung als auch das Training sozialer Kompetenzen das Soziale Kompetenztraining auszeichnet.⁴⁹ Die dritte Definition wurde lediglich von 3 Befragten angekreuzt. Hier ist also eine klare Tendenz erkennbar.

Die dritte Frage war keine Frage bei welcher man nur ankreuzen konnte.

⁴⁷ Siehe Anhang Seite X - XII

⁴⁸ Vergleiche 5.1 Seite 15

⁴⁹ Vergleiche 5.2 Seite 19

Hier mussten die Befragten selbst ein paar Gedanken und Ideen aufschreiben. Denn bei dieser Frage wollte ich wissen welche Erwartungen und Ansprüche die Befragten an das Soziale Kompetenztraining haben. Hierbei hatte ich die Vermutung und auch die Angst, dass diese Frage nicht von allen mit großer Sorgfalt und Vollständigkeit ausgefüllt wird. Doch ich habe mich getäuscht. Bis auf zwei Befragte haben alle anderen die Zeilen meist fast ausgenutzt und ihre Wünsche, Ideen und Gedanken aufgeschrieben. Hierbei wurde deutlich dass das Soziale Kompetenztraining in den Therapieplan der Gruppen mit eingebaut werden muss um umfassend Therapie leisten zu können. Die Mehrheit ist der Meinung dass das Soziale Kompetenztraining Grundlagen gibt für alle weiteren Therapien.

Außerdem gibt es Freiraum in welchem sich die Patienten ausprobieren können und durch das Videofeedback sich einmal von außen betrachten können.

Die Erhöhung der Konfliktfähigkeit, die Steigerung des Selbstwertgefühles, Strukturierung der verschiedenen Verhaltensweisen, und das Lernen über eigene Bedürfnisse zu sprechen und eigene Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen waren die meist genannten Ansprüche an das Soziale Kompetenztraining.

Erwartungen wurden sehr viele genannt. Viele erwarten vom Sozialen Kompetenztraining, dass sie noch andere Seiten der Patienten kennen lernen um umfassender zu therapieren und zu behandeln. Außerdem soll das Soziale Kompetenztraining dafür sorgen, dass die Patienten die gelernten Dinge auch in anderen Therapien anwenden um somit zu lernen diese auch im alltäglichen Leben auszuführen und somit ihre eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Angelegenheiten zu klären und durchzusetzen. Bei dieser Frage ähnelten sich die Antworten der verschiedenen Professionen sehr.

In der vierten Frage sollten die Befragten ihre Meinung dazu äußern, wer das Soziale Kompetenztraining durchführen sollte.

Hierbei konnten die Befragten zwischen Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern/ Krankenpflegern, Heilerziehungspfleger⁵⁰, Sozial Arbeiter und anderen Professionen wählen. Eine Mehrfachnennung war bei dieser Frage möglich. Hier waren sich alle Befragten einig. Zu aller erst sollten die Psychologen das Soziale Kompetenztraining durchführen. Die nachfolgende Position nehmen die Sozial Arbeiter ein. Diese zwei Professionen sind mit Abstand gewählt worden. An dritter Stelle stehen dann die Heilerziehungspfleger.

In der fünften Frage wollte ich von den Befragten wissen, welche Profession entscheiden soll, wer an dem Sozialen Kompetenztraining teilnehmen soll. Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern/ Krankenpflegern, Heilerziehungspfleger, Sozial Arbeiter standen wieder zur Auswahl. Die Befragten konnten mehrere Professionen ankreuzen.

Wenn sie alle Professionen angekreuzt haben, habe ich diese Antwort zu der Antwort therapeutisches Team zusammengefasst. Die Befragten sind der Meinung dass die Ärzte und Psychologen entscheiden sollten. Danach kommt das therapeutische Team. Dennoch besteht hier eine große Uneinigkeit zwischen den verschiedenen Mitarbeitern.⁵¹

Auch bei der Frage nach der geeigneten Gruppengröße sind sich die Befragten nicht einig. Die Antworten reichen von 4 bis 15 Teilnehmer.

Die Frage nach geeigneten Diagnosen oder Krankheiten ist sehr interessant. Hierbei wurden von jedem Befragten fast alle klassischen Diagnosen von psychisch Erkrankten Personen genannt. Eine klare Ausdifferenzierung welche Krankheiten besonders geeignet sind gab es allerdings nicht.⁵²

⁵⁰ Diese Profession wurden bis jetzt nicht mit erwähnt, da die Heilerziehungspflegerin derzeit das Soziale Kompetenztraining mit durchführt und an der Befragung aus dem eben genannten Grund nicht teilgenommen hat

⁵¹ Vergleiche Anhang Seite

⁵² Vergleiche Anhang Seiten XVII - XX

Bei der letzten Frage sollten die Befragten dann die Krankheiten und Diagnosen nennen, welche überhaupt nicht für das Soziale Kompetenztraining geeignet sind. Auch hier gab es keine klaren Tendenzen. Es wurden zwar einige genannt, wie zum Beispiel akute Psychosen, Demenz, Schizophrenie und anderer, aber dazu wurde dann von fast allen Befragten der Zusatz geschrieben, das es auch für diese Patienten von großer Bedeutung sei das sie an einem Sozialen Kompetenztraining teilnehmen sollten. Hierbei wäre es aber wichtig die Therapie und das Training an die jeweilige Gruppe anzupassen und die Patienten mit den gleichen Erkrankungen in einer Gruppe zu trainieren.

Die Psychologen und die Ärzte haben die Fragebögen sehr ausführlich ausgefüllt und damit ihr Interesse an dieser Therapie kundgetan. Manche Krankenschwestern oder Krankenpfleger haben ebenfalls ihr Interesse kundgetan doch leider war das nicht die Mehrheit der Belegschaft.

Die Befragung hat gezeigt dass das Soziale Kompetenztraining sich noch sehr etablieren muss. Die Befragten und Mitarbeiter der Stationen haben schon ein Grundwissen über das Soziale Kompetenztraining aber dennoch gibt es einige Unklarheiten, Unsicherheiten und Wissenslücken welche durch Interesse der Mitarbeiter, Informationsveranstaltungen und Vertretung des sozialen Kompetenztrainings durch die Trainer erfolgen kann und muss.

6.2. Soziales Kompetenztraining im Krankenhaus

In diesem Abschnitt möchte ich das Soziale Kompetenztraining so vorstellen wie ich es im Krankenhaus kennengelernt und mit durchgeführt habe. Ich möchte parallelen zu dem eigentlichen Konzept von Hinsch und Pfingsten ⁵³ ziehen um die Grenzen und Herausforderungen aufzeigen zu können welche ein Krankenhaus vorgibt und aufzeigt. ⁵⁴

Ich hatte die Gelegenheit das Soziale Kompetenztraining kennen zu lernen und es auch mit auszugestalten. In zwei verschiedenen Gruppen konnte ich das Konzept des Sozialen Kompetenztrainings kennenlernen und ausüben. Jede Gruppe hatte einmal in der Woche Soziales Kompetenztraining.

Die Patienten in der Gruppe 2 hatten meist schon Kenntnisse von sozialen Kompetenzen. Oftmals bringen sie Erfahrungen und Situationen aus ihrem Alltags- und Berufsleben mit welche dann erarbeitet werden.

Die andere Gruppe wird mit den Ziffern 0 und 1 gekennzeichnet. Diese Patienten benötigen meist mehr Unterstützung und Training in sozialen Kompetenzen. Die Gruppe 2 wird von einem Psychologen und einer Heilerziehungspflegerin trainiert. Die Gruppe 0/ 1 nur von einem Psychologen. Beide Gruppen haben einmal in der Woche, eine Stunde lang, Soziales Kompetenztraining. Die Gruppengröße schwankt zwischen 2 – 10 Teilnehmern.

Beide Gruppen durchlaufen die acht Sitzungen welche unter 5.1 beschrieben sind. Da aber nur eine Stunde Zeit ist findet in keiner Sitzung eine Entspannungsübung statt. Am Anfang einer jeden Sitzung findet eine Reflexionsrunde statt, in welcher die Patienten in die vergangene Woche zurück blicken sollen und sowohl schöne als auch verbesserungswürdige Momente nennen sollen.

⁵³ Vergleiche 5.1 Seite 15

⁵⁴ Vergleiche 2.1 Seite 5

Die Sitzung endet mit einer Blitzlichtrunde in welcher die Patienten ihren aktuellen Gefühlszustand benennen sollen und schildern sollen was sie sich aus der Sitzung mitnehmen.

Die erste Sitzung ist laut Hinsch und Pfingsten die Eröffnungsveranstaltung.⁵⁵ Dies ist leider im Krankenhaus nicht möglich, denn die Gruppen sind keine festen Gruppen sondern verändern sich je nach Entlassung, Aufnahme oder Verlegung eines Patienten. Dies bedeutet, dass in jeder Sitzung in welcher ein neuer Patient dazu kommt, die Trainer sich wieder neu vorstellen, die Regeln erläutert werden und zusammen mit den anderen Teilnehmern dem neuen Teilnehmer erklärt wird für was das Soziale Kompetenztraining gut ist.

Anhand der drei Situationstypen⁵⁶, das Durchsetzen von eigenen Interessen, das angemessenen Vertreten eigener Wünsche und Bedürfnisse im Umgang mit Freunden, Bekannten und Partnern und das Werben von Sympathie gegenüber Fremden, durchlaufen die Patienten das Soziale Kompetenztraining.

Für jeden Situationstyp sind zwei Sitzungen eingeplant. Eine Sitzung dient der Vermittlung des theoretischen Wissens und in der nächsten Sitzung wird dann anhand von Rollenspielen geübt und diese Übungen werden mit dem Videofeedback ausgewertet.

Viele Übungen stellen ganz alltägliche Dinge dar, wie zum Beispiel etwas Gekauftes umtauschen oder nein sagen zu können und zu dürfen damit man nicht ausgenutzt wird. Oftmals haben die Patienten große Schwierigkeiten vor die Kamera zu treten. Oft ist viel Zuspruch und Motivation notwendig. Die Sicherheit bekommen die Patienten auch dadurch, dass die Aufnahmen gleich nach der Sitzung gelöscht werden.

⁵⁵ Vergleiche: Hinsch, Pfingsten 2007, Seiten 132 - 136

⁵⁶ Vergleiche 5. Seite 14

In jeder Sitzung werden auch Hausaufgaben verteilt, welche sowohl schriftlich als auch mündlich sein können.

Da die Gruppen keine festen Gruppen sind kommen und gehen die Patienten nach einer gewissen Zeit. Es kommt vor das die Patienten dadurch nicht alle Sitzungen miterleben können oder auch das sie die gleichen Sitzungen mehrmals mitmachen. Wenn die Patienten vorzeitig gehen und nicht alle Sitzungen mit machen konnten ist dies sehr schade. Daran sieht man aber wieder die institutionelle Gebundenheit, denn eine Therapie geht meist nur eine gewisse Anzahl an Wochen und oftmals gibt es da dann auch keinen weiteren Handlungsspielraum. Wenn die Patienten nicht von Anfang an, was meist der Fall ist, am sozialen Kompetenztraining teilgenommen haben, dann kommt es vor das sie gehen bevor sie alle acht Sitzungen mit durchlaufen konnten. Es kommt aber auch vor das Patienten die gleiche Sitzung mehrmals durchlaufen. Dies ist aber nicht so schlimm, denn dadurch können sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit den anderen Teilnehmern teilen.

Auch die wechselnde Gruppengröße ist ein Problem, welches entsteht wenn keine festen Gruppen vorhanden sind. Die ist sowohl für die Trainer als auch für die Patienten oftmals ein großes Problem. Die Patienten haben Schwierigkeiten sich vor neuen Patienten zu äußern, ihre Gedanken und Gefühle kund zu tun sich vor er Kamera zu bewegen.

Für die Trainer ist es schwer, denn diese können sich oftmals nicht richtig gut vorbereiten, denn meist passiert es das eine andere Stelle entscheidet wer am Sozialen Kompetenztraining teilnehmen soll. Die Trainer erfahren es meist erst an dem Tag wer am sozialen Kompetenztraining teilnimmt oder sogar erst zu Beginn der Sitzung wenn sie die Patienten dann im Raum sitzen sehen.

Leider ist auch die Zeit ein ziemlich großes Problem. Eine Stunde in der Woche ist einfach nicht ausreichend. Dies hängt aber auch wieder mit dem Abrechnungssystem in Psychiatrien zusammen und dem fortlaufenden Therapieplan.⁵⁷ In einer Stunde kann man oft nicht richtig üben. Das Videofeedback, welches besonders wichtig ist, fällt dann meist eher kurz aus und man kann den Patienten keine guten Ratschläge und Tipps geben, denn dafür fehlt dann einfach die Zeit.

6.3. Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit übernimmt in der Durchführung des Sozialen Kompetenztrainings eine helfende und unterstützende Rolle. Das Soziale Kompetenztraining sollte hauptsächlich von der Profession der Psychologen durchgeführt werden. Dies hat ja auch die Befragung ergeben.

⁵⁸

Die Soziale Arbeit sollte die Psychologen dabei unterstützen in dem sie Tipps und Ideen mit einbringt, da die Soziale Arbeit aus einem anderen Blickwinkel auf das Soziale Kompetenztraining schaut.

Die Sozial Arbeiter können den Patienten Tipps und Ideen aus einer anderen Perspektive als ein Psychologe vermitteln. Die Hauptaufgabe besteht aber darin die genannten Problemlagen und Problemfelder der Patienten zu erkennen und zu erfassen.

Anschließend sind die Sozial Arbeiter dafür verantwortlich anhand einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ⁵⁹ zusammen mit den Patienten an diesen Problemen zu arbeiten.

⁵⁷ Vergleiche: 2.1, Seite 5

⁵⁸ Vergleiche: 6.1, Seite 21

⁵⁹ Vergleiche: Werner Thole 2012, Seite 175

Das Soziale Kompetenztraining deckt Problemlagen und Problemfelder der Patienten auf. Die Erarbeitung von Ressourcen des Patienten und des Hilfe- und Unterstützungssystems ist besonders wichtig.

An dieser Aufgabenverteilung ist gut sichtbar dass jede Profession Grenzen mit sich bringt.

Die Psychologen in der klinischen Arbeit beschäftigen sich mit „psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen“ (Wittchen, Hoyer 2006, Seite 4). Außerdem befassen sie sich mit der „Erforschung, Diagnostik und Therapie“ (Wittchen, Hoyer 2006, Seite 4). Dabei arbeiten sie mit anderen Professionen sehr eng zusammen. Dazu zählen die Soziologie, Neurobiologie und auch die Psychiatrie.⁶⁰ Die Psychologen diagnostizieren Krankheiten und versuchen diese anhand von Therapien zu lindern.

Die Sozial Arbeiter helfen den Psychologen in dem sie das Umfeld und alles andere um den Patienten herum betrachten. Sie erfassen die Problemlagen der Patienten und versuchen anhand dessen, Besserung und Linderung der Krankheit zu bewirken. Dabei gehen sie lebensweltorientiert vor.

Das heißt sie beschränken sich nicht nur auf den Patienten an sich, sondern schauen sich auch das soziale Umfeld wie zum Beispiel Freunde, Familie und Arbeit an. Anhand dieser Sozialanalyse entwickeln sie, zusammen mit dem Patienten, einen Plan und eine Struktur wie sich der Patient außerhalb der klinischen Einrichtung zurecht finden kann und welche Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten er nutzen kann.

Bei dieser Aufgabenverteilung ist es aber von besonderer Wichtigkeit das der Sozial Arbeiter und der Psychologe miteinander reden können. Damit meine ich das der Psychologe und der Sozial Arbeiter sich ihrer Aufgaben und Grenzen klar bewusst sein müssen. Sie müssen zusammen arbeiten und miteinander ein Konzept und eine Struktur für das Soziale Kompetenztraining entwickeln.

⁶⁰ Vergleiche: Wittchen, Hoyer 2006, Seite 4

Die beiden müssen sich gegenseitig akzeptieren und tolerieren und keiner von beiden darf das Gefühl haben oder dem anderen das Gefühl vermitteln etwas Besseres zu sein oder eine bessere und höhere Stellung zu haben. Denn dies kann zu Rivalitäten führen.

7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die Befragung während meines Praktikums hat gezeigt, dass die Mitarbeiter in der psychiatrischen Einrichtung oft noch kein umfassendes Wissen über das Soziale Kompetenztraining haben. Hier ist noch ein großer Handlungsbedarf zu erkennen. Leider ist die Soziale Arbeit auch in dieses Feld noch nicht sehr weit vorgedrungen. Sie konnte sich noch nicht als fester Bestandteil des Sozialen Kompetenztrainings etablieren.

Sowohl das Pflegepersonal als auch die Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilerziehungspfleger und auch die Sozial Arbeiter sollten in einem Team zusammenarbeiten, sich untereinander absprechen und aufeinander vertrauen, denn jede Berufsgruppe hat ihre Kompetenzen und auch Grenzen.

Der Psychologe sollte auf jeden Fall das Soziale Kompetenztraining durchführen. Denn er versteht die Patienten und deren Anliegen ganz anders als ein Sozial Arbeiter. Außerdem ist er der Spezialist für Diagnostik und er hat ein anderes und meist auch besseres Krankheitsverständnis als ein Sozial Arbeiter. Der Sozialarbeiter kann dem Psychologen dabei seine Meinung sagen und einen andern Blickwinkel auf die ganze Angelegenheit geben.

Dabei sieht dieser den Patienten nicht nur in der Institution sondern er kann die Sozialanamnese mit einbringen und umfassend über das soziale Umfeld und die Situation außerhalb der Klinik berichten.

Aber nur zusammen werden sie ein erfolgreiches Soziales Kompetenztraining absolvieren und so den Patienten helfen.

Damit der Sozial Arbeiter und der Psychologe umfassend arbeiten können ist es wichtig dass das Büro der beiden sich auf der Station befindet auf welcher auch die Patienten liegen. Des Weiteren benötigen sie Zugriff auf alle Dateien und Dokumente des Patienten. Außerdem sollten sie ohne Probleme an Materialien für das Soziale Kompetenztraining herankommen.

Damit meine ich zum Beispiel eine Flipcharttafel und das dazu passende Papier, Stifte, eine Videokamera und die Möglichkeit der Benutzung und auch Reservierung von Räumen.

Aber nicht nur der Sozial Arbeiter und der Psychologe sollten in das Soziale Kompetenztraining mit eingebunden sein. Alle Mitarbeiter auf der Station sollten eingebunden werden und in gemeinsamen Teamsitzungen sollten Ergebnisse, Probleme und Ziele erörtert und ausgetauscht werden. Natürlich darf dabei auf keinen Fall die Meinung, die Ideen, Gedanken und Gefühle der Patienten vergessen werden. Diese sind von großer Wichtigkeit und müssen mit großer Sorgfalt mit beachtet werden.

In meinem Praktikum hatte ich die Möglichkeit an einem Sozialen Kompetenztraining teilzunehmen, es kennen zu lernen und es zu gestalten. Anhand der Befragung habe ich herausgefunden, dass die Mitarbeiter der psychiatrischen Stationen noch einige Wissenslücken in Bezug auf das Soziale Kompetenztraining aufweisen. Dennoch habe ich gemerkt und es ist mir auch gesagt worden, dass die eine Dringlichkeit besteht ein Soziales Kompetenztraining durchzuführen. Die Mitarbeiter haben mit gegenüber auch Neugier angezeigt. Sie wollen mehr über das Soziale Kompetenztraining wissen, denn sie sind der Meinung dass dieses sehr wichtig ist.

1. Anlagen

1.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Das Erklärungsmodell nach Hinsch und Pfingsten

Dr. Rüdiger Hinsch, Dr. Ulrich Pfingsten (2007):

Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. 5.

Auflage., Seite 13. Beltz Verlag, Weinheim, Basel..... III

Abbildung 2- Merkmale sicheres, unsicheres und aggressives Verhalten

Dr. Rüdiger Hinsch, Dr. Ulrich Pfingsten (2007):

Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. 5.

Auflage., Seite 148. Beltz Verlag, Weinheim, Basel..... III

Abbildung 3- Die wachsende Persönlichkeit

Dr. Rüdiger Hinsch, Dr. Ulrich Pfingsten (2007):

Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. 5.

Auflage., Seite 135. Beltz Verlag, Weinheim, Basel..... IV

Abbildung 4- Die Verhaltenspyramide

Dr. Rüdiger Hinsch, Dr. Ulrich Pfingsten (2007):

Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. 5.

Auflage., Seite 134. Beltz Verlag, Weinheim, Basel..... IV

Abbildung 5- Machtverhältnisse in den drei Situationstypen

Dr. Rüdiger Hinsch, Dr. Ulrich Pfingsten (2007):

Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. 5.

Auflage., Seite 183. Beltz Verlag, Weinheim, Basel..... V

1.2 Abbildungen

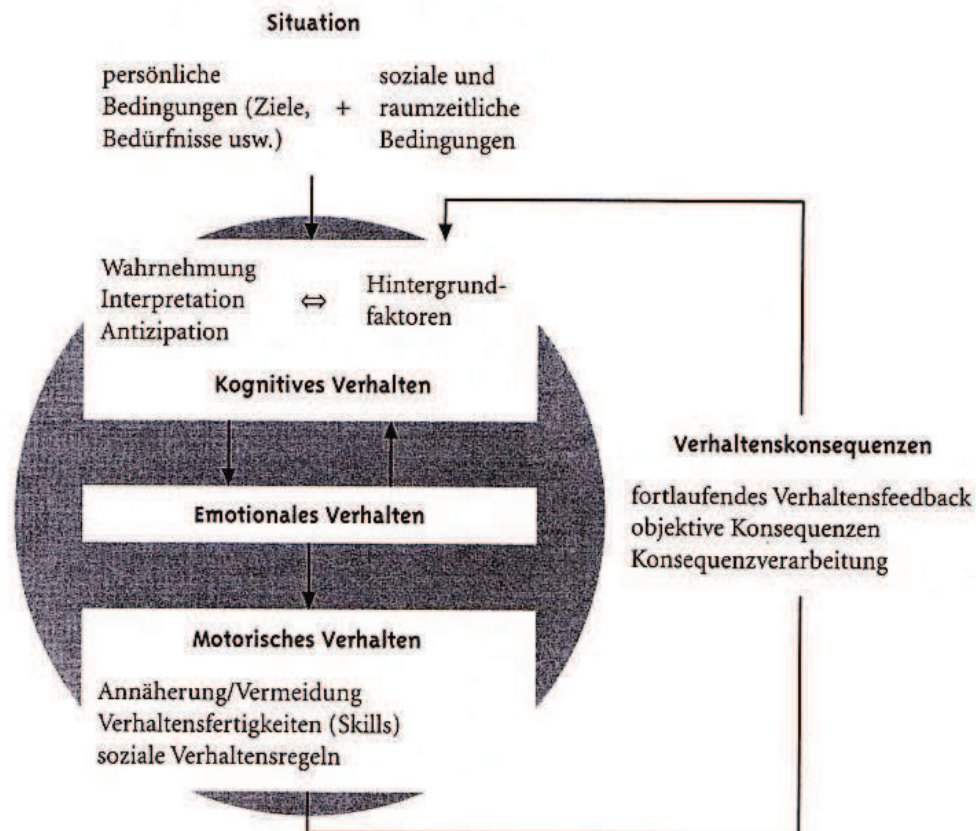


Abbildung 1 - Das Erklärungsmodell nach Hinsch und Pfingsten

Tabelle 4.1. Kriterien für sicheres, unsicheres und aggressives Verhalten

Merkmal	Sicher	Unsicher	Aggressiv
Stimme	laut, klar, deutlich	leise, zaghaft	brüllend, schreiend
Formulierung	eindeutig	unklar, vage	drohend, beleidigend
Inhalt	präzise Begründung, Ausdrücken eigener Bedürfnisse, Benutzung von „ich“, Gefühle werden direkt ausgedrückt	überflüssige Erklärungen, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Benutzung von „man“, Gefühle werden indirekt ausgedrückt	keine Erklärung und Begründung, Drohungen, Beleidigungen, Kompromisslosigkeit, Rechte anderer werden ignoriert
Gestik, Mimik	unterstreichend, lebhaft, entspannte Körperhaltung, Blickkontakt	kaum vorhanden oder verkrampft, kein Blickkontakt	unkontrolliert, drohend, wild gestikulierend, kein Blickkontakt oder „Anstarren“

Abbildung 2- Merkmale sicheres, unsicheres und aggressives Verhalten

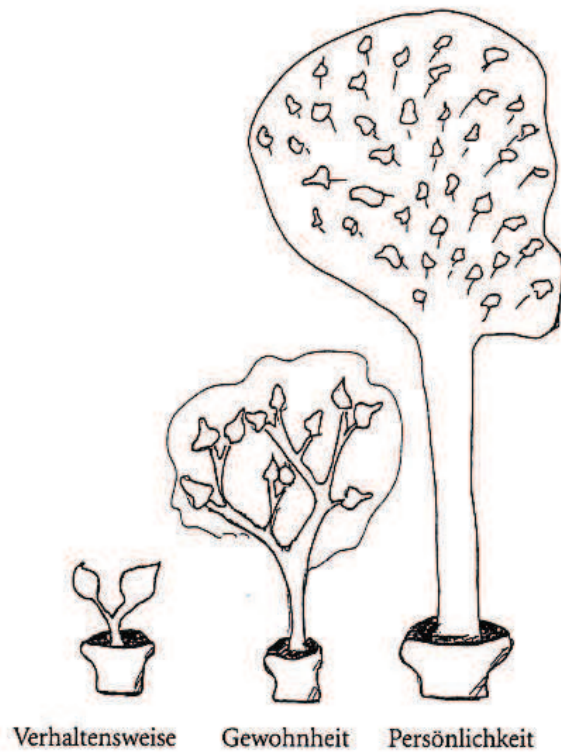


Abbildung 3- Die wachsende Persönlichkeit

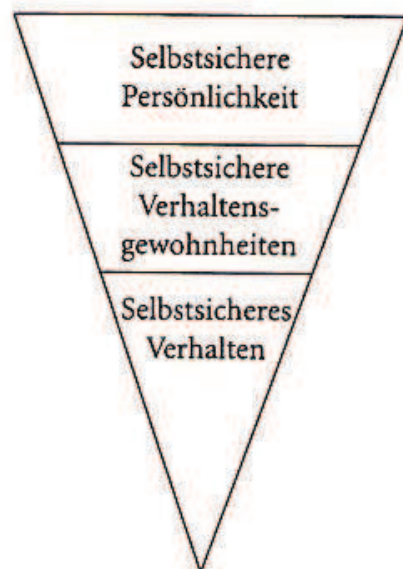


Abbildung 4- Die Verhaltenspyramide

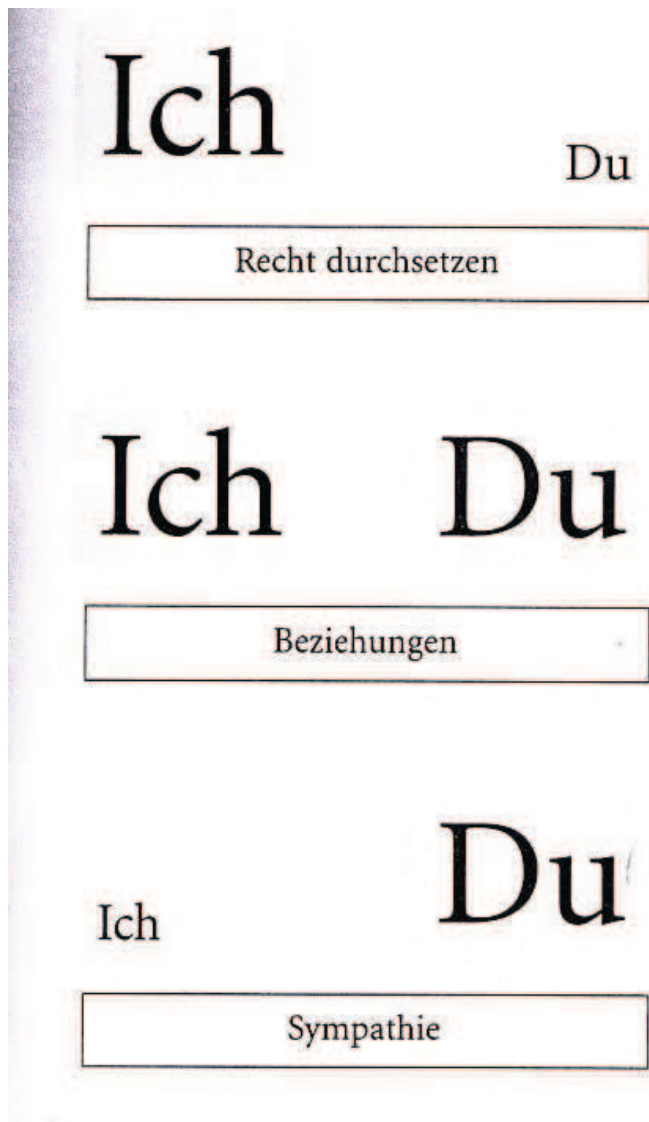


Abbildung 5- Machtverhältnisse in den drei Situationstypen

1.3 Der Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Bachelorarbeit erarbeite ich das Thema

„Soziales Kompetenztraining in der Institution Krankenhaus – Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit“.

Mit dieser Befragung möchte ich eine Art Datensammlung erarbeiten. Diese soll mir bei meiner Bachelorarbeit behilflich sein. Des Weiteren möchte ich anhand dieser Befragung den IST- Zustand über das Wissen und den Nutzen des sozialen Kompetenztrainings, hier im Haus, herausfinden.

Anhand dieser Informationen, möchte ich einen Leitfaden für das Soziale Kompetenztraining entwickeln. In diesem möchte ich Ihre Gedanken, Wünsche und Anforderungen mit einarbeiten.

Aus diesem Grund möchte ich sie bitten, diesen Fragebogen vollständig und ehrlich auszufüllen und diesen dann an mich, Praktikantin Theresa Seidel oder an Herrn M. Sc. Psychologen Christian Morgner bis zum 30. September 2014 zurückzugeben.

Theresa Seidel

1. Welche Definition von „sozialen Kompetenzen“ trifft am ehesten für Sie zu?

- a.) „ . . . Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“ (Hinsch, Pfingsten, 2007)
- b.) „ . . . Fähigkeit eines Menschen, angemessene Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen einerseits und sozialer Anpassung andererseits zu finden.“ (Hinsch, Pfingsten, 2007,)

- c.) „ . . . Soziale Fertigkeiten wie Kontaktfähigkeit, sich abgrenzen können, auf Kritik reagieren, seine Rechte in Anspruch nehmen, seine Gefühle offen zeigen, Widerspruch äußern, . . . „ (H.-J. Weber, 2003)

2. Welche Definition von „Sozialem Kompetenztraining“ trifft am ehesten für Sie zu?

- a.) „Vermittlung und Training sozialer Kompetenzen, mit deren Hilfe Personen in verschiedenartigen Situationen ihre Ziele in optimaler Weise verwirklichen können.“ (Dipl.- Psych. Dr. Simone Wittmann)
- b.) „Vermittlung und Training von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen“ (Hinsch und Pfingsten, 2007)
- c.) „PatientInnen lernen sich in sozialen Situationen mehr im Sinne ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu verhalten „ (Jochim und Bernatzki, 2007)

3. Was erwarten Sie vom Sozialen Kompetenztraining? Welche Ansprüche haben Sie an das Soziale Kompetenztraining?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Welche Professionen sollten das Soziale Kompetenztraining durchführen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ärzte
- ☐ Psychologen
- ☐ Krankenschwester / Krankenpfleger
- ☐ Heilerziehungspfleger
- ☐ Sozial Arbeiter
- ☐ Andere

5. Wer sollte entscheiden welcher Patient am Sozialen Kompetenztraining teilnehmen soll? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ärzte
- ☐ Psychologen
- ☐ Krankenschwester / Krankenpfleger
- ☐ Heilerziehungspfleger
- ☐ Sozial Arbeiter
- ☐ Andere

6. Welche Gruppengröße erachten Sie als ideal für das Soziale Kompetenztraining?

.....

.....

.....

7. Für welches Krankheitsbild erachten Sie das Soziale Kompetenztraining als sehr hilfreich?

.....
.....
.....

8. Für welche Krankheitsbilder ist das Soziale Kompetenztraining überhaupt nicht geeignet?

.....
.....
.....

In welcher Berufsgruppe sind Sie tätig?

- ☐ Ärzte
- ☐ Psychologen
- ☐ Krankenschwester / Krankenpfleger
- ☐ Heilerziehungspfleger
- ☐ Sozial Arbeiter

Vielen Dank für Ihre Hilfe und Unterstützung !!!!

1.4 Fragebogen Auswertung ⁶¹

Die Fragen 3. und 6. Habe ich in dieser Auswertung nicht mit beachtet. Sie ließen sich sehr schlecht in ein Diagramm einarbeiten. Somit sind sie nur unter 6.1 vorgestellt hier aber nicht nochmal explizit aufgeführt.

1. Welche Definition von „sozialen Kompetenzen“ trifft am ehesten für Sie zu?

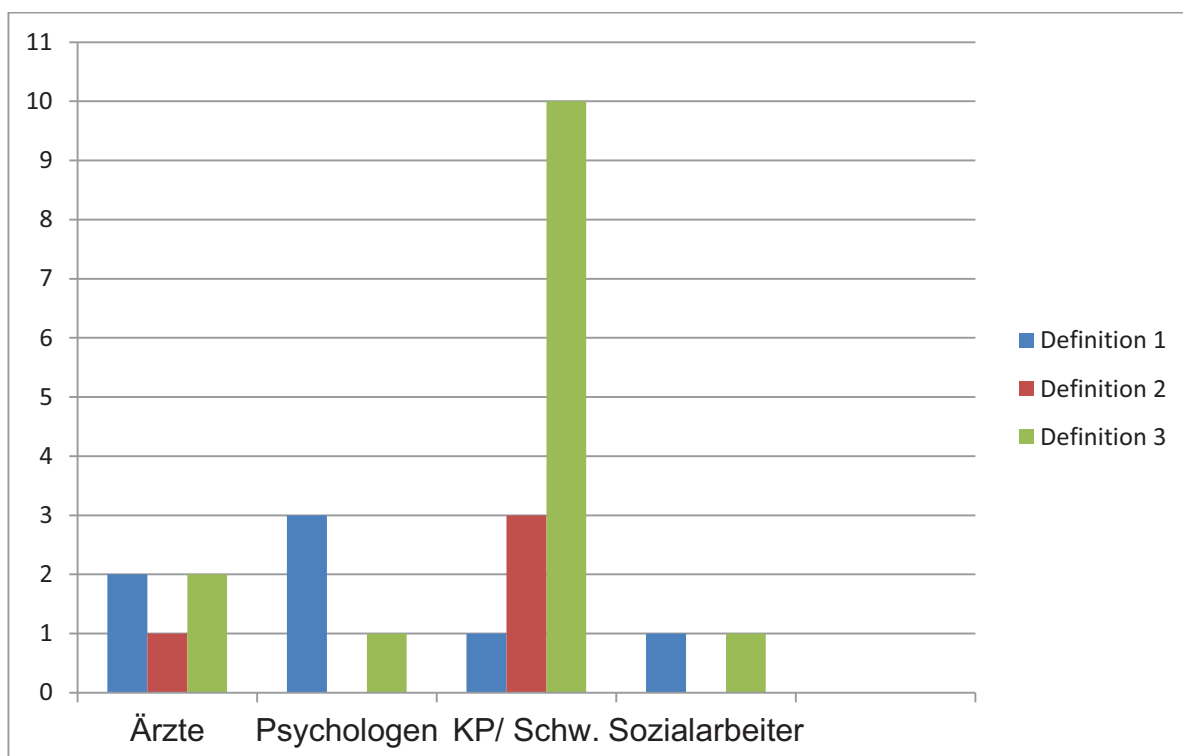
	Definition 1	Definition 2	Definition 3
Ärzte	2	1	2
Psychologen	3		1
KP/ Schw.	1	3	10
Sozialarbeiter			1

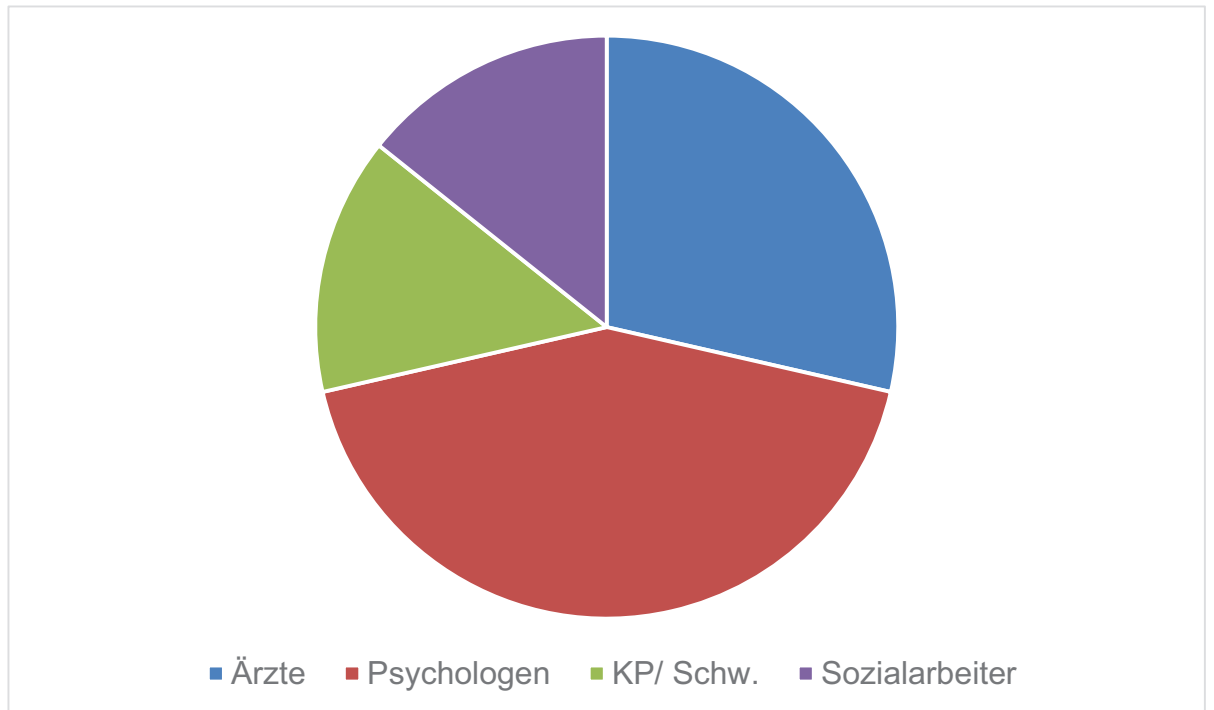
„ . . . Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“ (Hinsch, Pfingsten, 2007)

„ . . . Fähigkeit eines Menschen, angemessene Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen einerseits und sozialer Anpassung andererseits zu finden.“ (Hinsch, Pfingsten, 2007,)

⁶¹ Diese Auswertung habe ich persönlich angefertigt. Sie beruht auf den ausgefüllten Fragebögen

„ . . . Soziale Fertigkeiten wie Kontaktfähigkeit, sich abgrenzen können, auf Kritik reagieren, seine Rechte in Anspruch nehmen, seine Gefühle offen zeigen, Widerspruch äußern, . . . „ (H.-J. Weber, 2003)

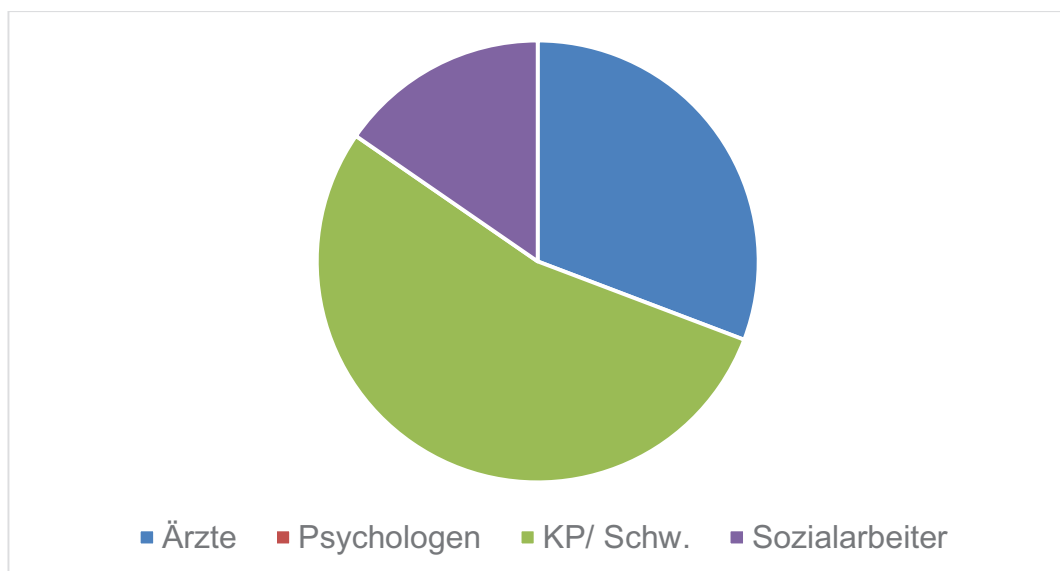
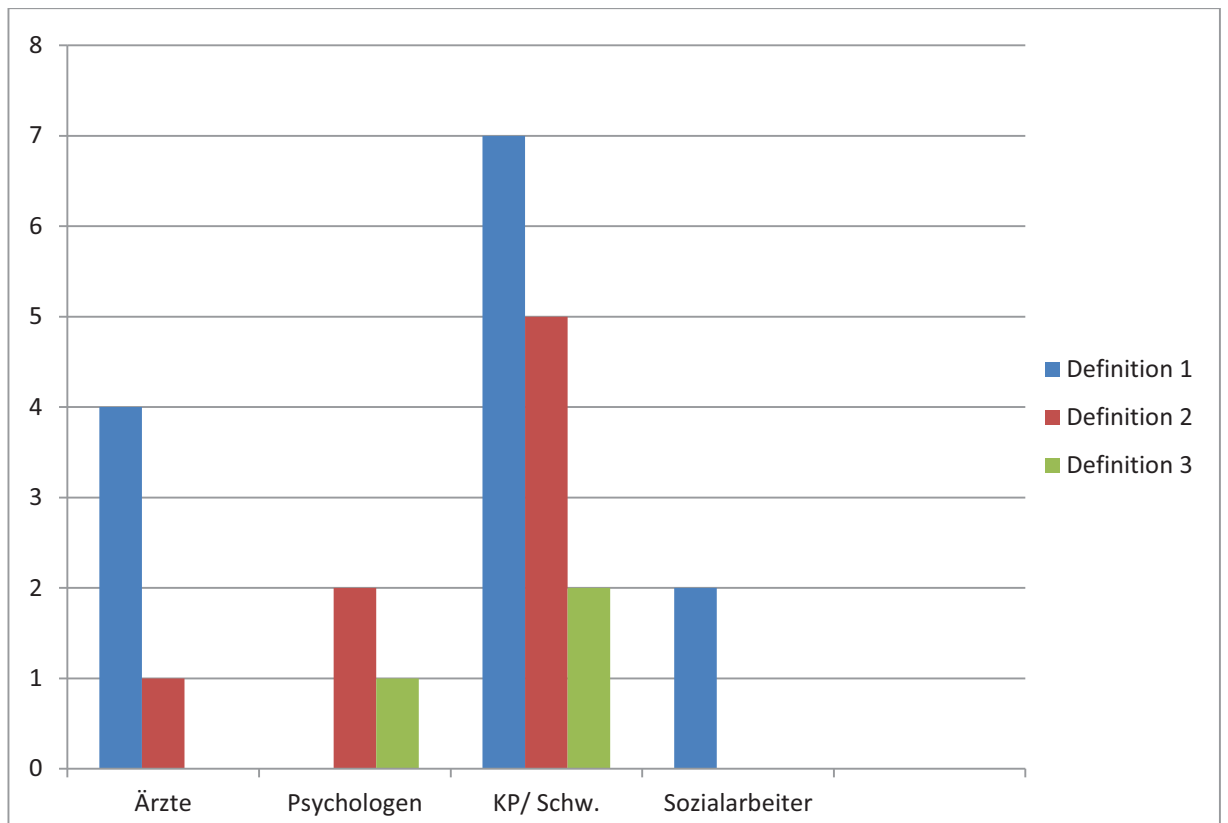




2. Welche Definition von „Sozialem Kompetenztraining“ trifft am ehesten für Sie zu?

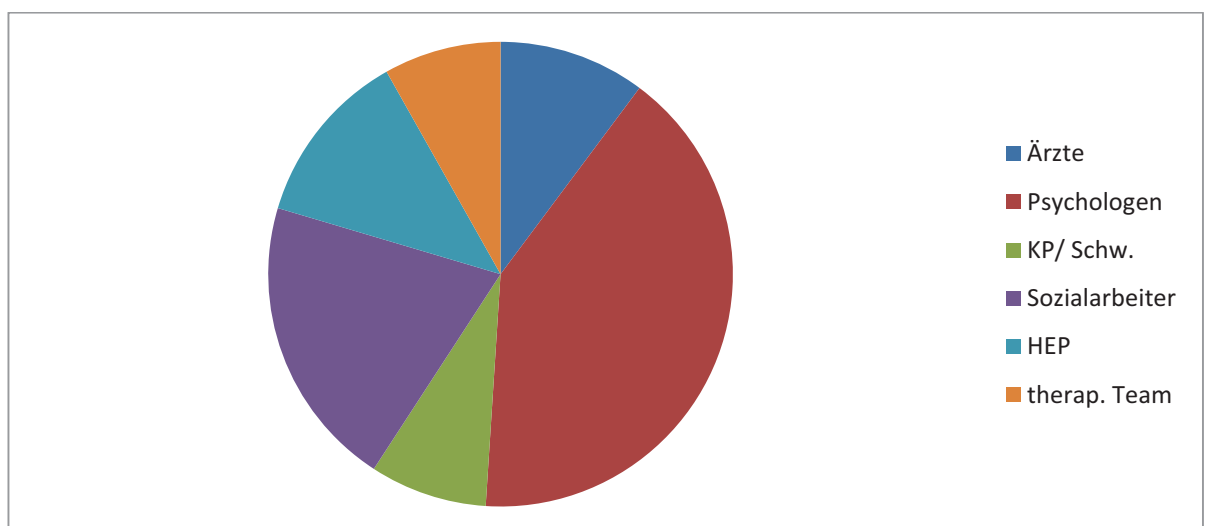
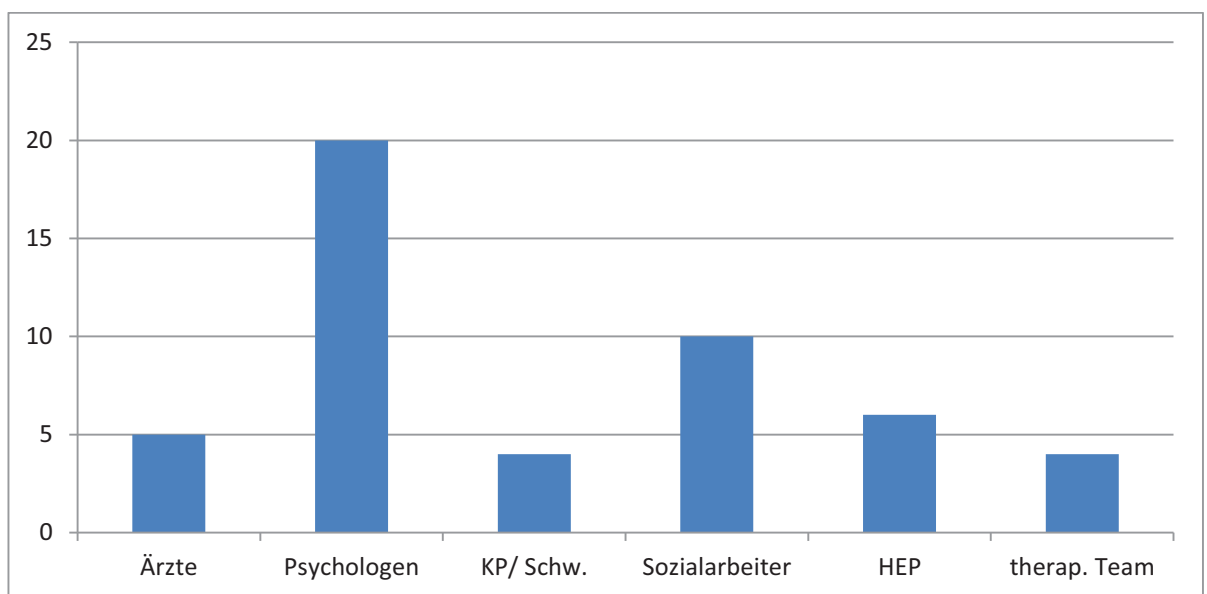
	Definition 1	Definition 2	Definition 3
Ärzte	4	1	
Psychologen		2	1
KP/ Schw.	7	5	2
Sozialarbeiter	2		

<p>„Vermittlung und Training sozialer Kompetenzen, mit deren Hilfe Personen in verschiedenartigen Situationen ihre Ziele in optimaler Weise verwirklichen können.“ (Dipl.- Psych. Dr. Simone Wittmann)</p>
<p>„Vermittlung und Training von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen“ (Hinsch und Pfingsten, 2007)</p>
<p>„PatientInnen lernen sich in sozialen Situationen mehr im Sinne ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu verhalten „ (Jochim und Bernatzki, 2007)</p>



4. Welche Professionen sollten das Soziale Kompetenztraining durchführen? (Mehrfachnennung möglich) ⁶²

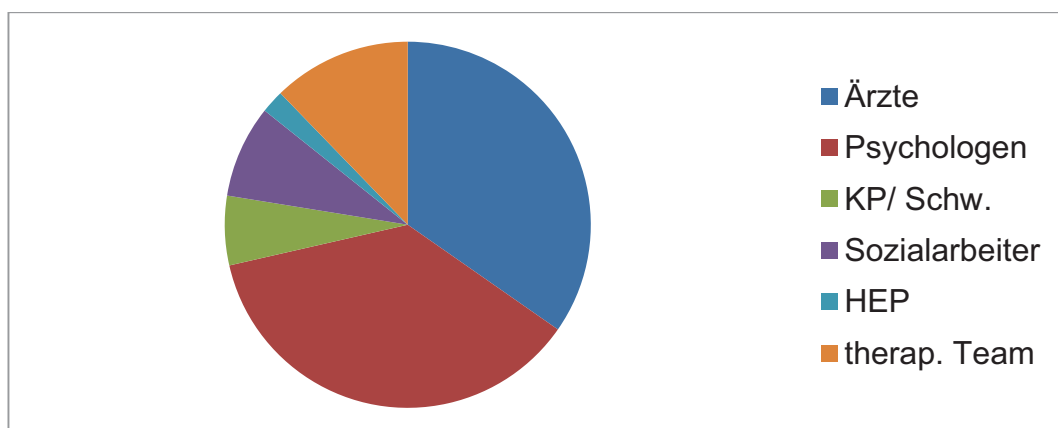
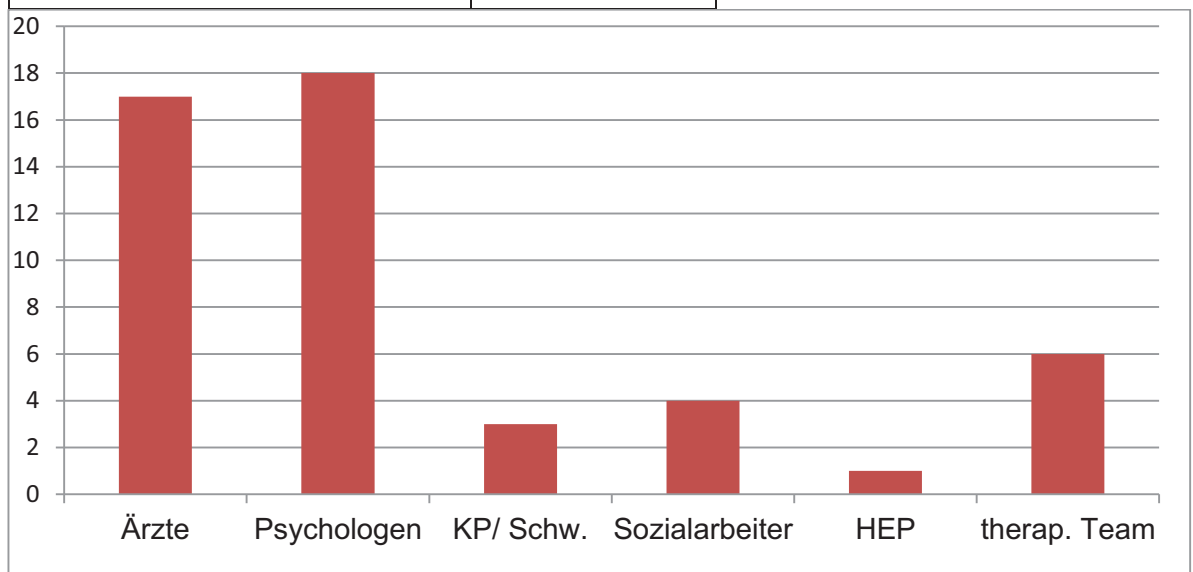
Ärzte	5
Psychologen	20
KP/ Schw.	4
Sozialarbeiter	10
HEP	6
Therapeutisches Team	4



⁶² Bei dieser Frage konnten die befragten mehrere Antworten ankreuzen. Wenn die Befragten alle Professionen angekreuzt haben, dann habe ich diese zusammengefasst unter dem Namen: Therapeutisches Team

5. Wer sollte entscheiden welcher Patient am Sozialen Kompetenztraining teilnehmen soll? (Mehrfachnennung möglich) ⁶³

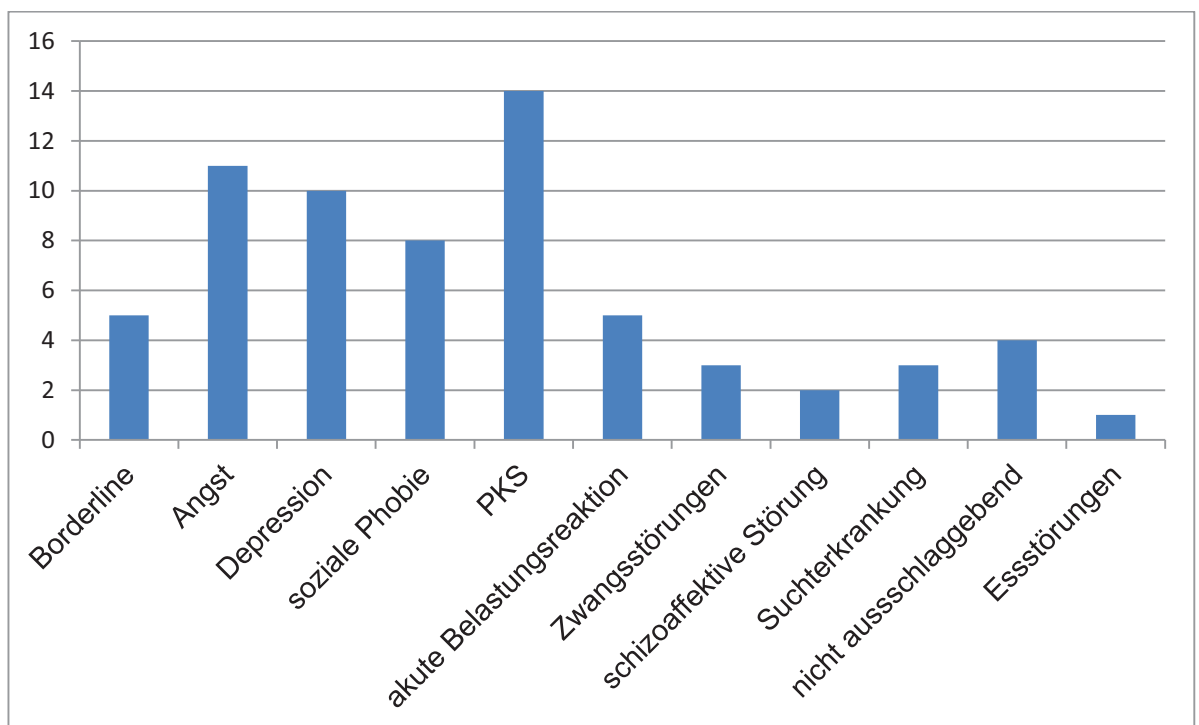
Ärzte	17
Psychologen	18
KP/ Schw.	3
Sozialarbeiter	4
HEP	1
Therapeutisches Team	6

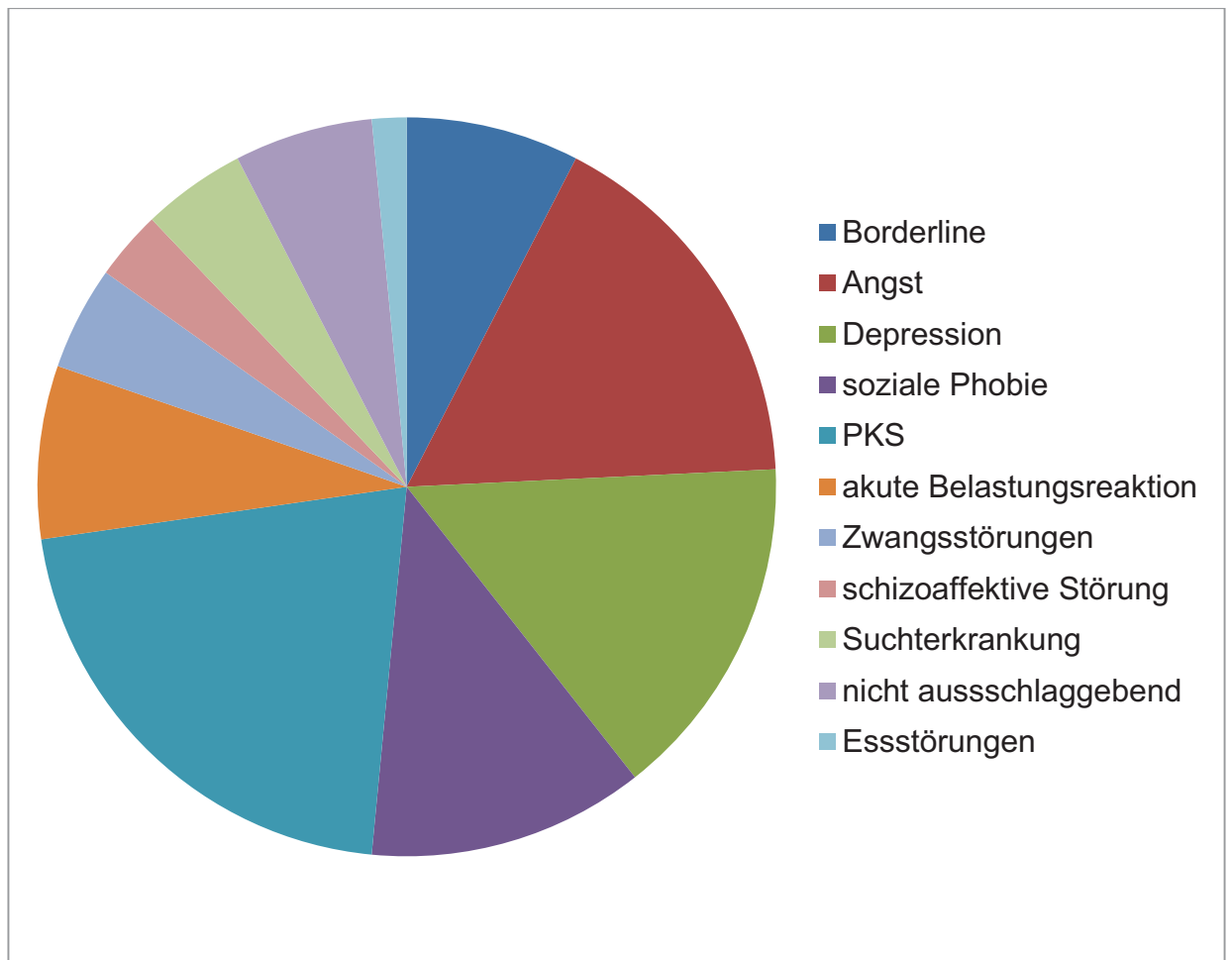


⁶³ Bei dieser Frage konnten die befragten mehrere Antworten ankreuzen. Wenn die Befragten alle Professionen angekreuzt haben, dann habe ich diese zusammengefasst unter dem Namen: Therapeutisches Team

7. Für welches Krankheitsbild erachten Sie das Soziale Kompetenztraining als sehr hilfreich?

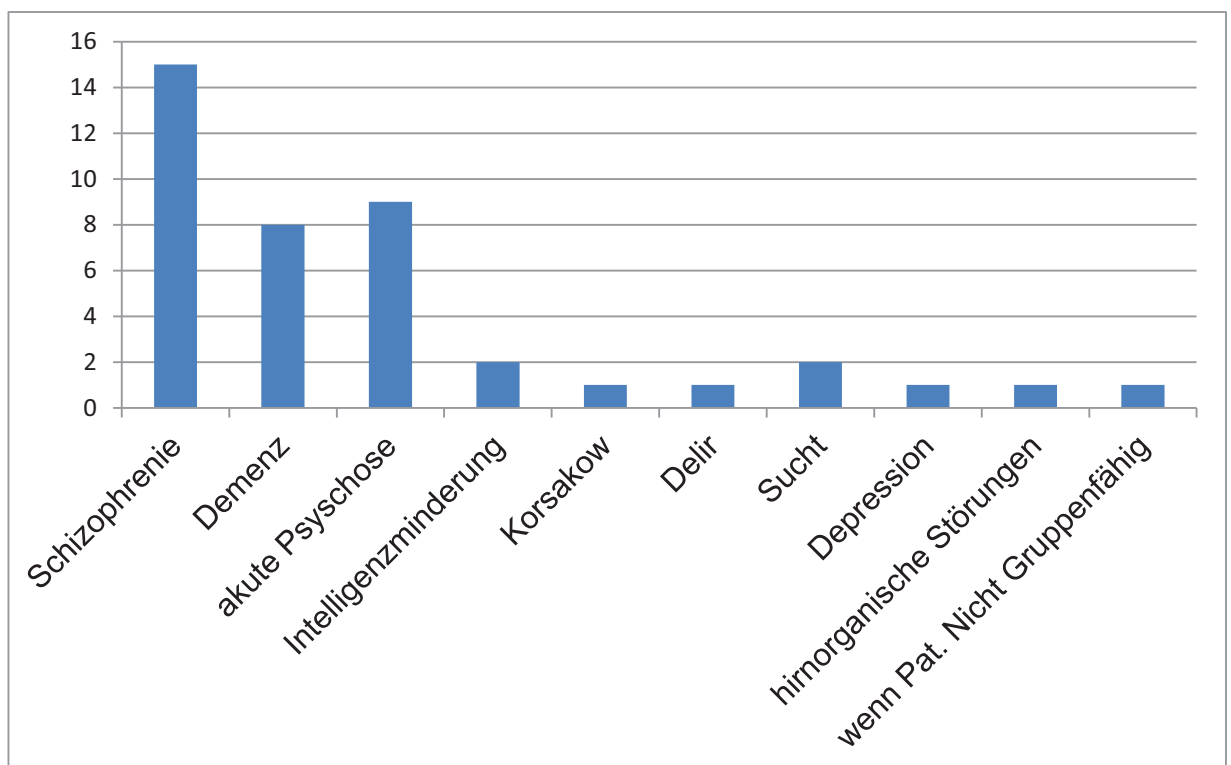
Borderline	5
Angst	11
Depression	10
soziale Phobie	8
PKS	14
akute Belastungsreaktion	5
Zwangsstörungen	3
schizoaffektive Störung	2
Suchterkrankung	3
nicht ausschlaggebend	4
Essstörungen	1
Demenz	1

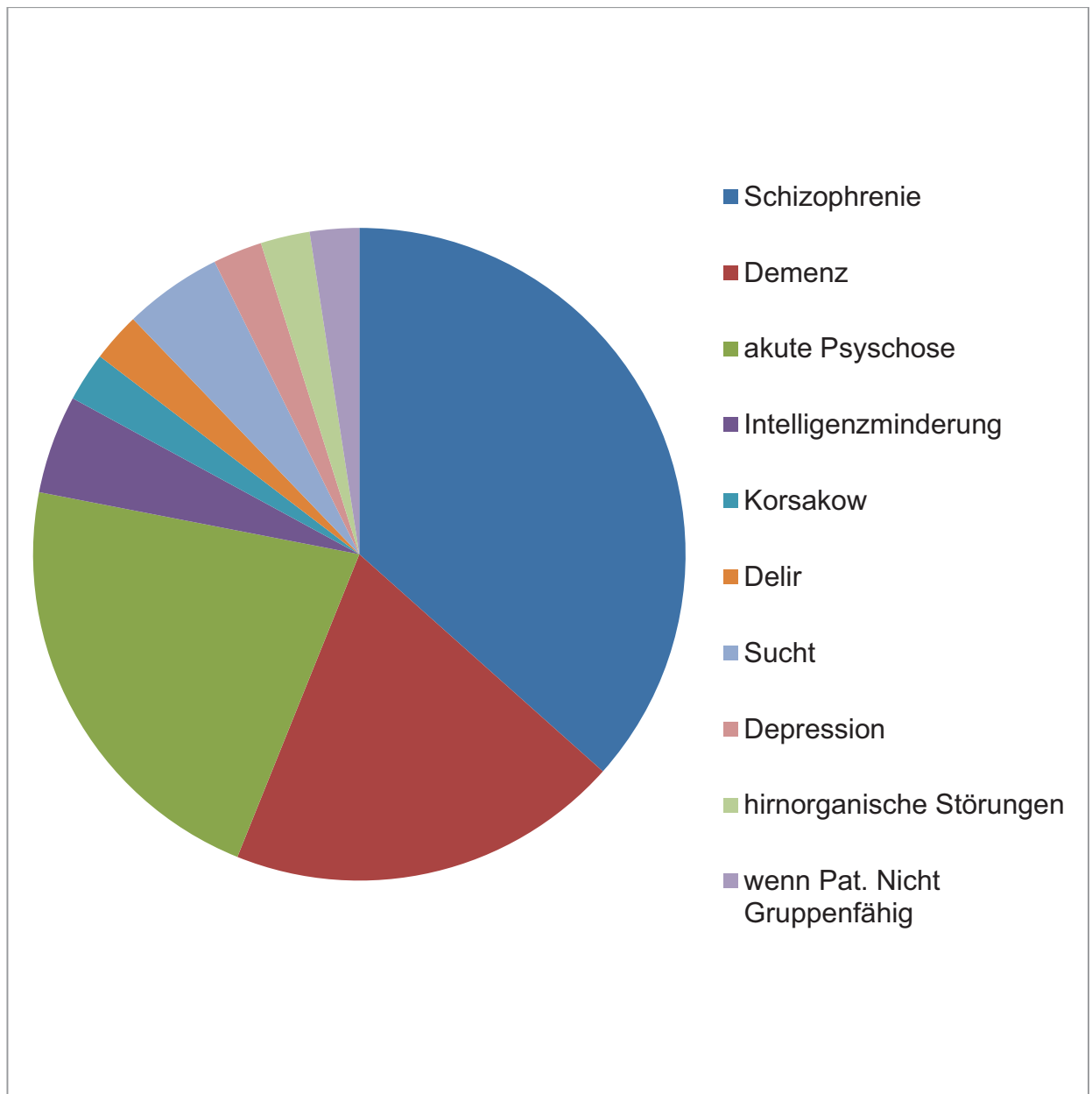




8. Für welche Krankheitsbilder ist das Soziale Kompetenztraining überhaupt nicht geeignet?

Schizophrenie	15
Demenz	8
akute Psychosen	9
Intelligenzminderung	2
Korsakow- Syndrom	1
Delir	1
Sucht	2
Depression	1
hirnorganische Störungen	1
wenn Patienten nicht Gruppenfähig	1





2. Literaturverzeichnis

2.1 Bücher

- Ansen, Harald; Gödecker- Geenen, Norbert; Nau, Hans (2004):
Soziale Arbeit im Krankenhaus. Ernst Reinhardt, GmbH & Co
KG, Verlag, München

- Dörr, Margret (2005):
Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Ernst Reinhardt, GmbH &
Co KG, Verlag, München

- Goffman, Erving (1973):
Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten
und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main

- Häder, Michael (2010):
Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2.,
überarbeitete Auflage. Springer Verlag

- Hinsch, Dr. Rüdiger; Pfingsten, Dr. Ulrich (2007):
Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK. 5. Auflage
Beltz Verlag, Weinheim, Basel

- Homfeldt, Hans- Günther (2012):
 Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4.
 Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer
 Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012

- Margraf, Jürgen; Schneider, Silvia (2009):
 Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 3.Auflage. Springer
 Medizinverlag Heidelberg 2009

- Weber, Hans- Joachim (2003):
 Training sozialer Kompetenzen in der Gruppe. Georg Thieme
 Verlag Stuttgart

- Wittman, Dr. Simone (2010): Soziales Kompetenztraining

- Wittchen, Hans- Ulrich; Hoyer, Jürgen (2006):
 Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer Verlag.
 Heidelberg

2.2 Internetquellen

- Eberhard Karls Universität Tübingen:
<http://www.uni-tuebingen.de/fakultaeten/mathematisch-naturwissenschaftliche-fakultaet/fachbereiche/psychologie/fachbereich.html>,
verfügbar am 01.11.2014
- Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen (2009):
<http://www.bethanien-hochweitzschen.de/>, verfügbar am
01.11.2014
- Hinsch, Dr. Rüdiger; Pfingsten, Dr. Ulrich:
<http://www.gsk-training.de/konzept.htm>, verfügbar am
01.11..2014
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialpsychiatrie und
Psychotherapie/MHH:
<http://www.psychiatrie-entgelt.de/>, verfügbar am 01.11.2014
- Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
Rodewisch: <http://www.skh-rodewisch.sachsen.de/startseite/>,
verfügbar am 01.11.2014
- Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH:
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/>, verfügbar am 01.11.2014

3. Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

.....
Bearbeitungsort, Datum

.....
Unterschrift